Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

NEUROSEN IM KINDES– UND JUGENDALTER

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard–Karls–Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

JOŽE MAGDIČ

aus Lipa/Slowenien (Jugoslawien)

1978

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

NEUROSEN IM KINDES– UND JUGENDALTER

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard–Karls–Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

JOŽE MAGDIČ
aus Lipa/Slowenien (Jugoslawien)

1978

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H.- E. Hoffmeister

Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp

---

gedruckt bei Hans-Joachim Köhler, Reprografischer Betrieb , 7400 Tübingen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
Definition der Neurose	4
Ergebnis der Untersuchungen	6
Einweisungsgrund	7
Geschlechtsspezfische Gesichtspunkte	21
Alter des Behandlungsbeginns	29
Familienanamnese	32
Familienverhältnisse	35
Körperliche Vorgeschichte und Befund	39
Therapie	54
Zusammenfassung	58
Literaturverzeichnis	62

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536519_0032

Einleitung

Der Begriff Neurose wird oft gebraucht als ein Sammeltopf für diagnostisch unklare psychische Krankheitszustände. Ein jeder, der sich mit der Psyche beschäftigt, hat es natürlich auch mit Neurosen zu tun, einer schwierigen Sache, die oberflächlich einfach erscheint, in Wirklichkeit aber sehr kompliziert ist. Das kann man besonders gut bei jungen Psychiatern und Psychologen sehen, die versuchen, Neurosen zu therapieren. Im Grunde genommen ist bei einer Neurose vieles "einfach". Das Verhalten eines Neurotikers ist ziemlich alltäglich; ohne weiteres kann man ihm bei der Darstellung seiner Schwierigkeiten folgen. Die Inhalte seiner Neurose reichen nicht über das Nachfühlbare hinaus, wie zum Beispiel die einer Schizophrenie. Man versteht einen Neurotiker im Gegensatz zu einem Psychotiker, bei dem unser Einfühlungsvermögen bald versagt. Man könnte sagen, die Neurose zieht unsere eigene Psyche ein Stück weit an im Gegensatz zu einer Psychose, bei der sich unsere Psyche wehrt, an ihr teilzunehmen. Dies dürfte der Grund sein, weshalb die Diagnostik von Psychosen im wesentlichen noch immer nur aus den Prinzipien einer allgemeinen psychiatrischen Phänomenologie besteht. Bei Neurosen ist es anders. Neben der Symptombeschreibung im Rahmen einer allgemeinen Psychiatrie betrachtet man auch Inhalt und Dynamik einer Neurose. Das hat auch die Verwirrungen im Neurosenbegriff gebracht. Es gibt heute recht viele verschiedene Neurosentheorien mit verschiedenen Auffassungen über Diagnostik, Therapie und Prognose einer Neurose. Meines Erachtens kann man alle diese Theorien unterteilen in somatische und psychische.

Der Autor selber kam aus der tiefenpsychologischen Jung'schen Schule, d. h., er gehört in die Kategorie der Anhänger von psychischen Neurosentheorien. Der Autor hat sich jahrelang mit psychodynamischer Freud'schen und wie bereits erwähnt, Jung'schen Neurosenlehre beschäftigt.

Die Dynamik bei den kindlichen und jugendlichen Neurosen zu erkennen, ist einer der Beweggründe für die Entstehung dieser Studie. Sie ist Versuch, die Neurose im Kindes- und Jugendalter zu fassen, da zum Beispiel bei Freud jede Neurose des Erwachsenen schon im Kindesalter beginnt. Das heißt, daß man die Neurose im Erwachsenenalter nur dann versteht, wenn man die Psychodynamik im Kindesalter beherrscht.
Wie wir wissen, ist eine Neurose eine Krankheit, d. h., sie hat ihre Ursachen, Symptome, Therapie und Prognose; sowohl die Neurose des Kindes als auch die des Erwachsenen. Wo liegt nun der Unterschied zwischen der kindlichen und der Erwachsenen-Neurosen? Nach meiner Meinung besteht der Unterschied in verschiedenen Äquivalenten von Ursachen, Symptomen, Therapie und Prognose einer Neurose. Zum Beispiel könnte die Ursache einer Neurose im Kindesalter im gestörten Verhältnis zum Vater liegen. Im Erwachsenenalter könnte das eine gestörte Beziehung zum Arbeitgeber sein. In beiden Fällen handelt es sich um ein und dieselbe Sache, nur die Personen des gestörten Bezugs sind verschieden. Oder zum Beispiel Schulprobleme in der Jugendzeit und spätere berufliche Schwierigkeiten als Symptom einer Neurose.

In der Therapie: Spieltherapie bei Kindern - Gruppentherapie bei Erwachsenen.
Oder bei der Prognose: Sie ist günstig zum Beispiel in Bezug auf die Enuresis und ebenso günstig in Bezug auf

verschiedene urethrale hysterische Beschwerden bei Erwachsenen. Nach Meinung des Autors wird im Laufe der Entwicklung nur die Form einer Neurose geändert, der Inhalt jedoch nicht.

Was ist der Inhalt einer Neurose?

Nach meiner bisherigen Erfahrung ist der Inhalt einer Neurose die Diskrepanz zwischen dem körperlich Realen und der seelischen Reife, ein seelischer Entwicklungsrückstand auf einem oder mehreren Gebieten des Seelenlebens.
Da die Neurosenbehandlung sehr langwierig ist, erwachte im Autor der Wunsch, die Neurose statistisch zu bearbeiten, d. h. eine größere Menge von "neurotischen" Krankengeschichten zu lesen, um sie dann statistisch auszuwerten, mit anderen Worten, die Gesetzlichkeiten einer bestimmten Anzahl von Neurosen zu studieren.

Zusammengefaßt haben die beiden Beweggründe, nämlich erstens Studium der kindlichen und jugendlichen Neurosen und zweitens die statistische Bearbeitung von Neurosen zu der nachfolgenden Arbeit geführt.

Definition der Neurose

Lempp: "Die Neurose im Kindesalter ist eine Störung des Verhaltens oder der Organfunktion, bei der kein wesentlicher pathologischer Organbefund erhoben wird, die aber auf eine seelische Fehlhaltung und dadurch bedingte Konflikte zurück geht." Weiter sagt Lempp, daß seiner Überzeugung nach der Unterschied zwischen einer kindlichen Neurose und milieureaktiv ausgelösten Verhaltensstörungen quantitativer Art ist. Nach Lempp wurde dann eine Neurose oder eine milieureaktive Verhaltensstörung angenommen, wenn testpsychologisch beim Kind ein typisches Ambivalenzverhalten gegenüber den Eltern oder eindeutige Komplexbildungen nachzuweisen waren; oder auch dann, wenn bereits bei der Exploration der Mutter anläßlich der Anamneseerhebung solche Komplexbildungen zwischen Eltern und Kind positiv festzuhalten waren.
Van Krevelen meint, daß man neurotische Symptome noch nicht mit Neurose verwechseln dürfe. Er fordert zur Diagnose einer frühkindlichen Neurose, daß das neurotische Kind leidend sei.
W. Th. Winkler definiert die Neurose als "einen als Krankheit erlebten Leidenszustand mit funktionellen Störungen ohne pathologischen Befund aufgrund seelischer Fehlhaltung und dadurch bedingten Konflikten."
Die "Abgrenzung" der Neurose gegenüber milieureaktiven Verhaltensstörungen hat Lempp schon angenommen.

Eine wichtige Stellungnahme verdient die Beziehung einer Neurose zur frühkindlichen Hirschädigung. Nach Lempp fassen wir unter dem Begriff der frühkindlichen Hirnschädigung alle Formen der Einwirkung aller exogenen, (vom Kind aus betrachtet) unter Umständen auch aufgepfropften Schädigungen zusammen, die zwischen dem 6. Schwangerschaftsmonat und dem Abschluß des 1. Lebensjahres auf das Kind eingewirkt haben.

Nach Lempp hat eine leichtgradige frühkindlich erworbene Hirnschädigung eine wesentliche Bedeutung beim Zustandekommen kindlicher Neurosen. Die Bedeutung frühkindlich erworbener, hirnorganischer Schädigung leichteren Grades sieht Lempp darin, daß es hierdurch zu einer Erfassungs- und Differenzierungsstörung von Umweltreizen kommt, die zu einer veränderten Umwelterfahrung und damit zu einer charakteristischen Änderung der Reaktions- und Verhaltensweise führt. Er sieht in der frühkindlichen Hirnschädigung gleichsam den organischen Boden, auf dem eine verringerte Frustrationstoleranz, Reizüberempfindlichkeit und eine Störung der Beziehung zur Umwelt entsteht.

Lempp spricht bei leichter frühkindlicher Hirnschädigung von veränderter Umwelt-Erfahrung, die zu reaktiven Störungen, bzw. neurotischen Abwehrreaktionen auf normale Forderungen der Umwelt hinführt.
Die Neurosen bei Kindern mit frühkindlicher Hirnschädigung, bzw. die daraus resultierenden psychopathologischen Störungen haben ihren Ursprung in einer ausgeprägten Reizüberempfindlichkeit, die die Voraussetzung zu einer primären Neurotisierung darstellt, wobei darüber hinaus Neigung zu sekundärer Neurotisierung besteht.

Ergebnis der Untersuchungen

Die vorliegende Studie basiert auf 421 gelesenen Krankengeschichten aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsnervenklinik Tübingen. Die Krankengeschichten verteilen sich zu 1,66 % auf die Jahre 1954 - 1959, zu 60,92 % auf 1960 - 1969 und zu 37,61 % auf 1970 - 1976.

Anmerkung

Der im Folgenden häufig verwendete Begriff "Kombinationen" hat folgende Bedeutung:
Falls ein Symptom oder ein Faktum in Kombination mit einem oder mehreren anderen auftrat, wurde er unter der Rubrik "Kombinationen" gesammelt. In der Regel erfolgte dann innerhalb dieser Rubrik wiederum eine weitere prozentuale Aufschlüsselung.

Einweisungsgrund

Nach Nissen trägt bereits der normale Entwicklungsprozeß eines gesunden Kindes eine Fülle von Anpassungsschwierigkeiten und Verhaltensstörungen in sich. Er sagt: "Der entwicklungsabhängige, ständige Wechsel im Differenzierungsprozeß erzeugt im Kinde Spannungen und Ambivalenzen, die die Ursache von allgemeinen Anpassungsschwierigkeiten, neurotischen Verhaltensstörungen und Neurosen bilden".

Den Einweisungsgrund Nummer 1 bildeten die Verhaltensauffälligkeiten bei 97,14 % aller Fälle. (S. Graphik auf Seite 13). Es kamen sehr viele Kombinationen von Verhaltensauffälligkeiten vor. Das würde bedeuten, daß sich eine Neurose mit mehreren Symptomen darstellt, was in der Praxis eine sog. Klassifikation von Neurosen erschwert. Es gibt im Grunde genommen keine reine, zum Beispiel Zwangs- oder hysterische Neurose. Es gibt nur einen neurosenkranken Menschen. Die Behandlung von Patienten mit kombinierten Verhaltensauffälligkeiten war komplizierter als bei isolierten Symptomen von Verhaltensauffälligkeiten. Man könnte fast gesetzmäßig sagen, je mehr "Geschwülste" es bei einer Psyche gibt, desto weniger gesunde Substanz. Auch ist es so, daß bei mehrfach gestörten Menschen die Umwelt früher versagt.

Die Angabe, daß die Kontaktstörungen nach der Häufigkeit an 2. Stelle lagen, spricht dafür, daß die Neurosen von der Umwelt abhängig sind. Für die Entstehung eines Kontaktes sind nämlich mindestens zwei Personen nötig. Dührssen sagt: "Wir wissen heute, daß die seelische Entwicklung eines kleinen Kindes durch Umwelteinflüsse außerordentlich tiefliegend gestört werden kann". Man müßte sich noch die Frage stellen: Was ist eigentlich Kontakt?

Ich habe in mehreren Büchern versucht, eine Definition zu finden, jedoch ohne Erfolg. Meines Erachtens bedeutet Kontakt das Gefühl, welches zwischen den Menschen und seinen Partnern besteht. Es ist etwas, was wir als eine bloße Tatsache annehmen müssen und nur mit "angenehm" oder "unangenehm" interpretieren können.
Die Enuresis war die dritthäufigste Verhaltensauffälligkeit. Nach Strunk spricht man erst dann von dem Vorliegen einer Enuresis, wenn es mit ziemlicher Regelmäßigkeit noch nach dem vollendeten 4. Lebensjahr zum Einnässen kommt. Nach ihm ist dies bei rund 10 % der Kinder der Fall (12 % Jungen, 7 % Mädchen). Die verschiedenen Varianten der Enuresis (nocturna, diurna, primäre und sekundäre) habe ich nicht berücksichtigt. Nach Strunk gibt es mehrere Ursachen der Enuresis: Hereditäre Belastung (20 %), Fehler bei der Reinlichkeitserziehung, abnorme Haltung der Mutter, Neuropathie, frühkindliches, exogenes Psychosyndrom, Epilepsie, organpathologische Befunde, "abnormer Tiefschlaf", gestörte seelische Entwicklung. Es gibt nach Strunk also wesentlich mehr organische Ursachen für die Entstehung einer Enuresis als psychische (6:3 zugunsten des Organischen).
Jetzt stellt sich aber die Frage, ist eine Enuresis ein neurotisches Symptom? Lempp zählt zwar die Enuresis zu der Symptomatik der Neurosen und Verhaltensstörungen und zwar zu den extensiven, aktiven Formen. In einem Gespräch mit ihm konnte ich jedoch seine Zweifel an der neurotischen Theorie der Enuresis spüren. Göllnitz meint, daß u. a. auch die Enuresis Primärsymptom einer hirnorganisch geschädigten Persönlichkeit ist. Dies war überhaupt meine große "Sorge", und so versuchte ich, auf jeden Fall nur die Neurotiker zu untersuchen und die frühkindlichen Hirnschädigungen wegzulassen. Ich wollte eine klare Grenze zwischen beiden schaffen, was mir aber nicht gelang.

Innerhalb der Kombinationen von Verhaltensauffälligkeiten waren am häufigsten Kontaktstörungen, Erziehungsschwierigkeiten und sonstige Verhaltensauffälligkeiten vertreten. (S. Graphik auf Seite 14).
Unter "sonstigen" Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Kombinationen standen am häufigsten: Nägelkauen, Stottern, Leerlaufhandlungen und Lügen. Dahinter stand eine ganze Menge von Symptomen. Alles in allem ein riesiges, unbearbeitetes Gebiet. (S. Graphik auf Seite 15).

Die Onanie kam bei sexuellen Störungen unter Kombinationen von Verhaltensauffälligkeiten an erster Stelle. (S. Graphik auf Seite 16). Warum? Die Psychologie hat zur Onanie verschiedene Meinungen: Nach Dührssen unterliegt die Onanie seit langem den widersprüchlichsten Beurteilungen. Einige erlauben die Onanie, bzw. halten sie für physiologisch. Andere sind der Meinung, die Onanie sei etwas Pathologisches. Stellen wir fest: Die Onanie ist nicht als krankhaft zu bezeichnen. Ich meine aber, daß die Onanie zu sekundären Störungen führen kann. Die Reaktion der Umwelt auf den jungen Menschen können bei ihm psychische Störungen hervorrufen. So kann man sagen, daß onanierende junge Menschen durch die Umwelt sekundär neurotisiert werden. Auf der anderen Seite kann die Onanie meines Erachtens Symptom einer Kontaktstörung sein. Sehr wichtig sind auch die Ängste und Schuldgefühle bei vielen jungen Menschen nach dem Onanieren. Ich kenne einen alten, 70jährigen Neurotiker, welcher mir sagte, daß er sein ganzes Leben lang Angst vor Rückenmarkschädigungen durch die Onanie hatte. Er dachte, daß beim Onanieren die "Nervenflüssigkeit" fließe, dadurch verliere er an Vitalität. Dabei hatte er eine akademische Ausbildung und stand in einem Beruf, bei dem er mit Menschen zu tun hatte, war verheiratet und hatte Kinder. Kurz gesagt, die kindliche und jugendliche Onanie hat eine wesentliche Bedeutung bei der

sexuellen und Persönlichkeitsentwicklung überhaupt.

Die Schulzeit fällt nach Nissen in das Stadium der sozialen Einordnung zwischen dem 6. und 11. Lebensjahr. Das Kind erreicht in dieser Zeit eine intensive Expansion in außerfamiliären Gruppen und in leistungsfordernd ausgerichteten Institutionen. Die Schulreife ist nach Nissen ein Begriff, der nicht allein nach dem Grad der Intelligenzentwicklung ausgerichtet ist. Die Einschulung stellt in vielfacher Hinsicht einen Prüfstein für das Kind und seine Erziehung und somit für die Eltern dar. Das nächste Stadium nach Nissen, in welches die Schulzeit hineinfällt, ist das Stadium der Neuorientierung zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr. Der Weg führt zur Herstellung einer neuen seelischen Harmonie, zur Neuorientierung in allen Bereichen. Es kommt zu Wiederverknüpfung gelockerter Familienbande, zur positiven Bewältigung und der scham- und schuldfreien Integration der genitalen Sexualität und zur prinzipiellen Übereinstimmung mit den Zielen des Kollektivs und der Gesellschaft und somit zur Findung der eigenen Identität.
Innerhalb der beteiligten Schulgruppen führte die Normalschule. (S. Graphik auf Seite 17). Konnten sich die Neurotiker wegen ihrer Symptome nicht in die "besseren" Schulen einordnen? Sind auf der anderen Seite die an der zweiten Stelle stehenden Gymnasiasten den großen Schulanforderungen unterlegen?
Die Schulprobleme waren bei 78,37 % aller Fälle vorhanden, d. h., sie standen unmittelbar nach Verhaltensauffälligkeiten in der Häufigkeit des Einweisungsgrundes.
Nach Nissen ergibt sich die Diagnose einer neurotischen Spiel- und Lernstörung dort, wo eine normale Intelligenz im Gegensatz zu einem altersinadäquaten Spielverhalten oder zu einem manifesten Schulversagen steht und eine Leistungsschwäche in der Genese ausgeschlossen wurde (Schwachsinn, partieller Intelligenzdefekt, frühkind-

licher Hirnschaden ohne Intelligenzdefekte, Psychosen, Demenzprozesse, zerebrale Anfallsleiden).

Der Anteil der Schulprobleme bei Jungen betrug 70,85 %, bei Mädchen 52,02 %, das heißt, es überwogen die ersten.

Die Graphik auf der Seite 18 zeigt, daß sich die Schulprobleme am häufigsten im 14. Lebensjahr zeigten.

Kopfschmerzen waren bei 16,86 % aller Fälle vorhanden, zu 22,22 % bei Mädchen und zu 12,10 % bei Jungen. Nach Strunk sind nach Untersuchungen an deutschen Schulkindern 17 - 22 % mit rezidivierenden Kopfschmerzen belastet. Das Hauptmanifestationsalter liegt nach Strunk bei 9 - 11 Jahren. Jungen und Mädchen sind nach ihm gleich häufig betroffen.

Auf der Graphik S.19 überwiegt leicht das 15. Lebensjahr mit 2,37 % an der Häufigkeit von Kopfschmerzen.

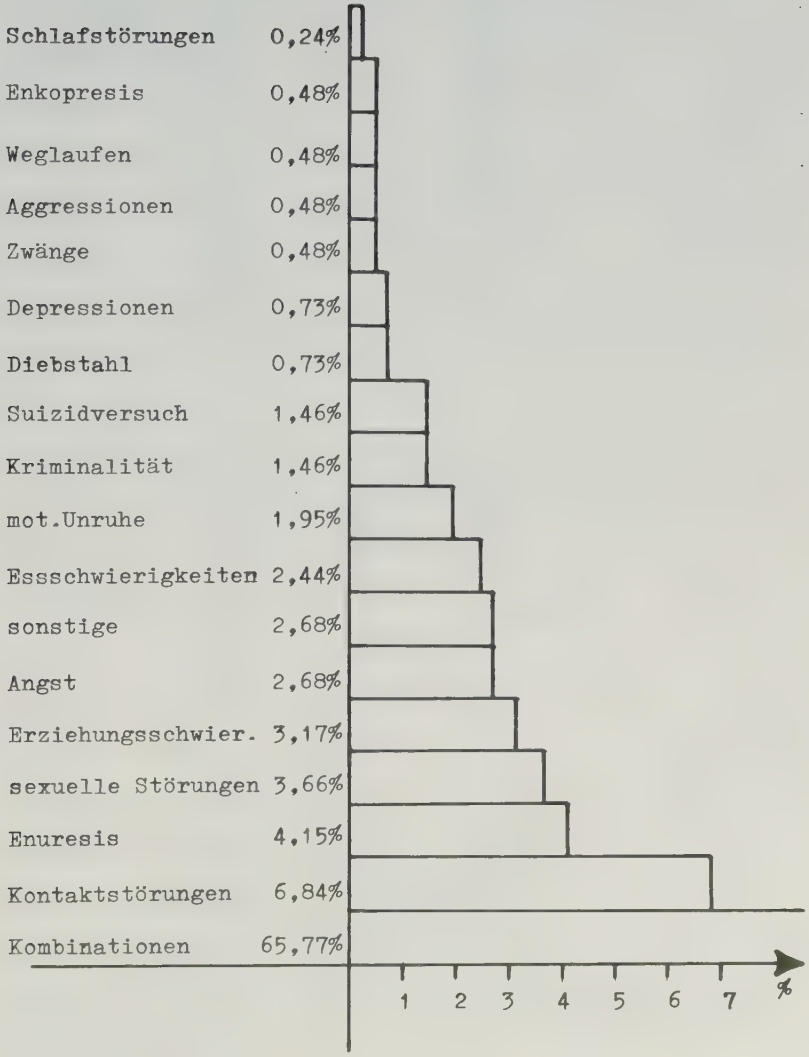
Der Anteil von Lähmungen und Bewegungsstörungen betrug 12,83 %. Bei Mädchen traten sie öfters auf (13,63 %) als bei Jungen (12,10 %). Die Graphik auf der Seite zeigt ein Maximum im 14. Lebensjahr mit 1,90 %. Nach Strunk erkranken überwiegend Mädchen in der frühen Pubertät.
Für meine Begriffe kam es in einem wesentlich höheren Prozentsatz (14,76 %) als erwartet zu einer Begutachtung bei Neurosen. Ich habe bisher nicht geglaubt, daß eine frühkindliche oder jugendliche Neurose so gewichtig sein könnte. Größtenteils handelte es sich um die Gutachtenanforderungen durch die U-Haft, d. h. wegen Jugendkriminalität. Nach Lempp stellen die Neurosen und die milieureaktiven Verhaltensstörungen einen wesentlichen Teil psychischer Ursachefaktoren in der Kriminalität dar. Die antisoziale Haltung des neurotischen Kindes ist nach Lempp eine typische Ursache vieler krimineller Verhaltensweisen.

Die evangelischen Kinder und Jugendlichen (60,29 %) waren deutlich in der Überzahl. Dies stellt keine Besonderheit dar, da es sich überwiegend um ein evangelisches Gebiet handelt. Der Anteil an katholischen Kindern und Jugendlichen betrug 27,01 %, den Rest bildeten sonstige Religionen (2,38 %) und keine Religion mit 0,29 %.

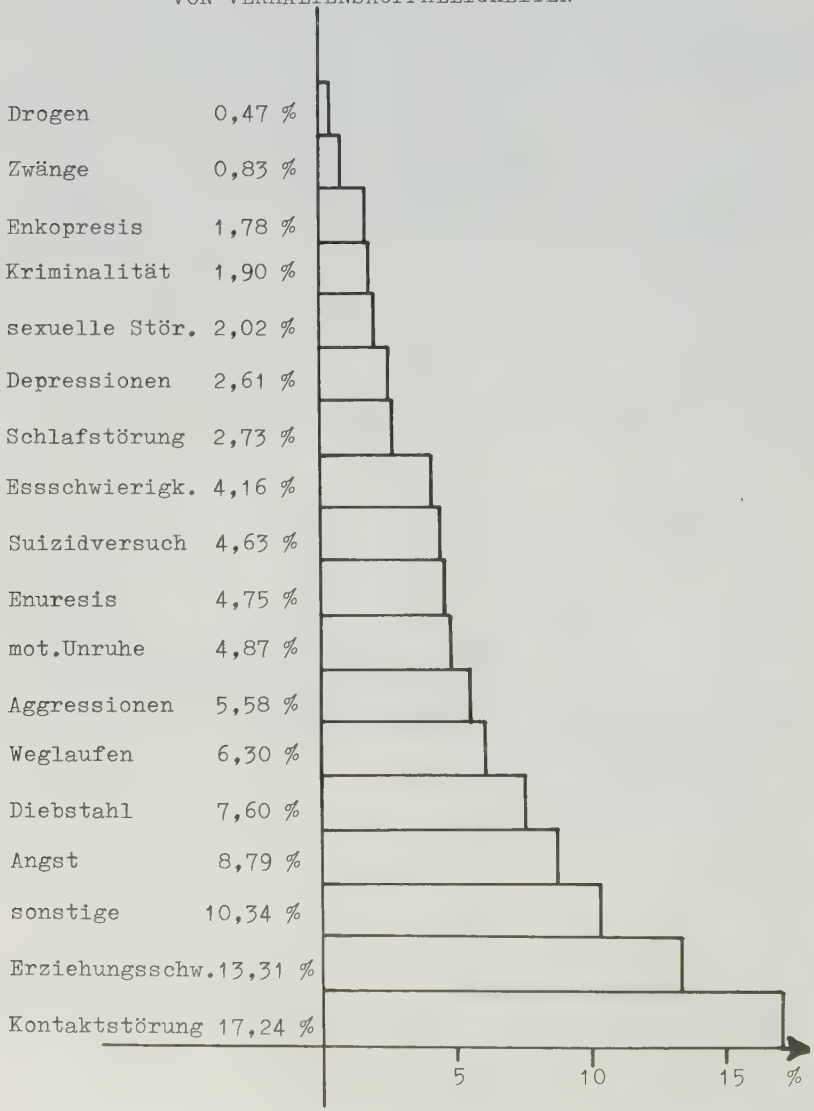
Was könnten die Gründe sein, daß die Mütter die Hauptvorstellerinnen waren? (S. Graphik auf Seite 20). Hier wird wahrscheinlich eine sehr einfache Aussage reichen: Die Väter haben während der Vorstellungszeit gearbeitet. Diese Erklärung könnte aber auch nur ungenügend sein. Wie wir später sehen werden, sind mehr Jungen als Mädchen untersucht worden. Ist es bei "jüngeren Neurosen" nicht doch so, daß der Neurosenkranke auch seine Ursache, einen Angeklagten mitbringt?
Als ich einmal in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen war, kam eine Mutter mit ihrem Kind. Das Kind hat sehr geschrien; je mehr das Kind geschrien hat, desto unangenehmer hat sich die Mutter gefühlt. Sie hat sich mehr und mehr geschämt. Sie bekam einen roten Kopf, sank in sich zusammen und der etwa 4jährige Sohn wurde zunehmend aggressiver. Ich versuchte, mir eine Antwort darauf zu geben, was eigentlich zwischen dem Kind und der Mutter geschah. Ich hatte nämlich keinesfalls den Eindruck, daß das Kind primär Angst vor der Untersuchung hatte. Ich hatte eindeutig das Gefühl, daß das Kind mit seinem Geschrei eigentlich seine Mutter beim Arzt vorstellen wollte.

Das Jugendamt war sehr zahlreich als Vorsteller vertreten. Man gewann den Eindruck, daß es sich hier, wie auch bei den Vorstellungen für die U-Haft, um die sog. schweren, hoffnungslosen Vorstellungen handelte, wie z. B. bei neurotischen Defektzuständen, wo die Psyche eigentlich nur noch der Anweisung ihrer Umwelt zu folgen hat.

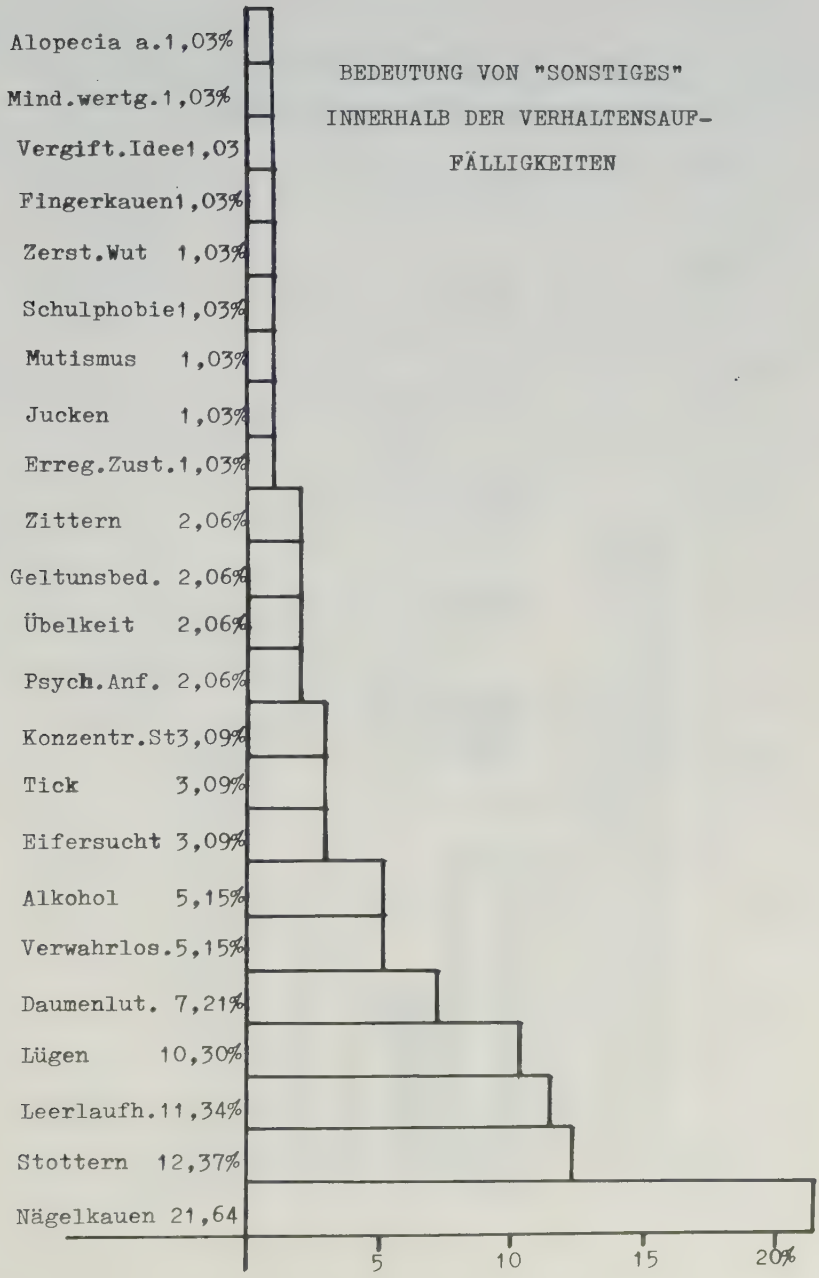
VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN



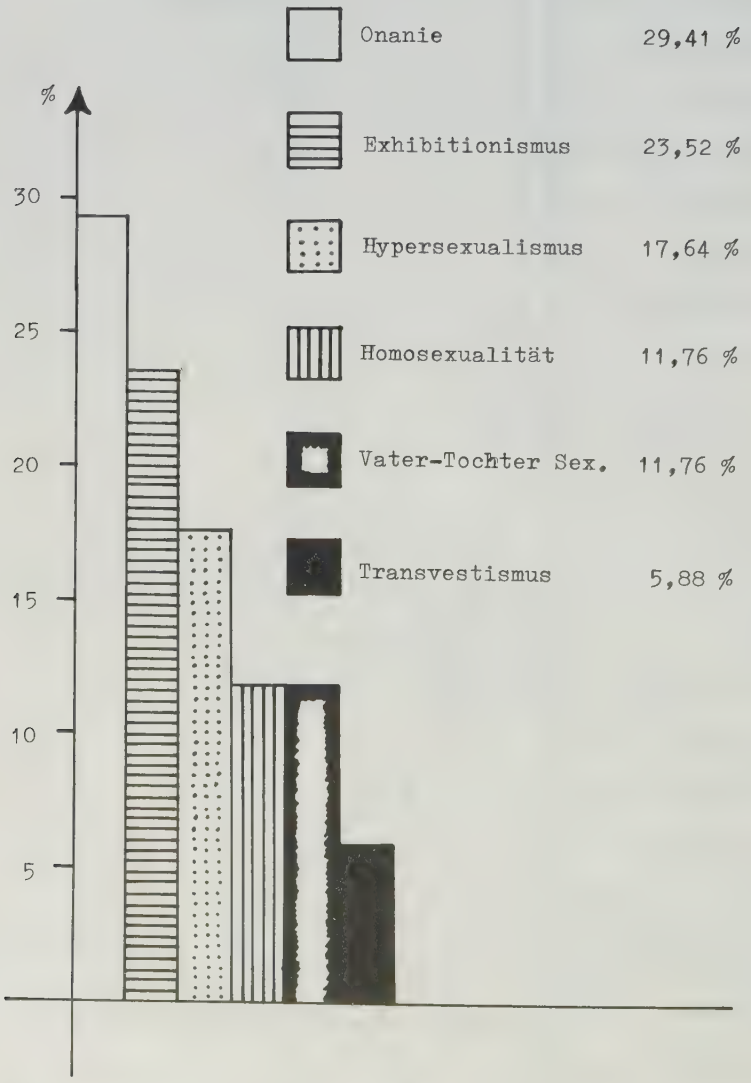
HÄUFIGKEITSVERTEILUNG INNERHALB DER KOMBINATIONEN VON VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN

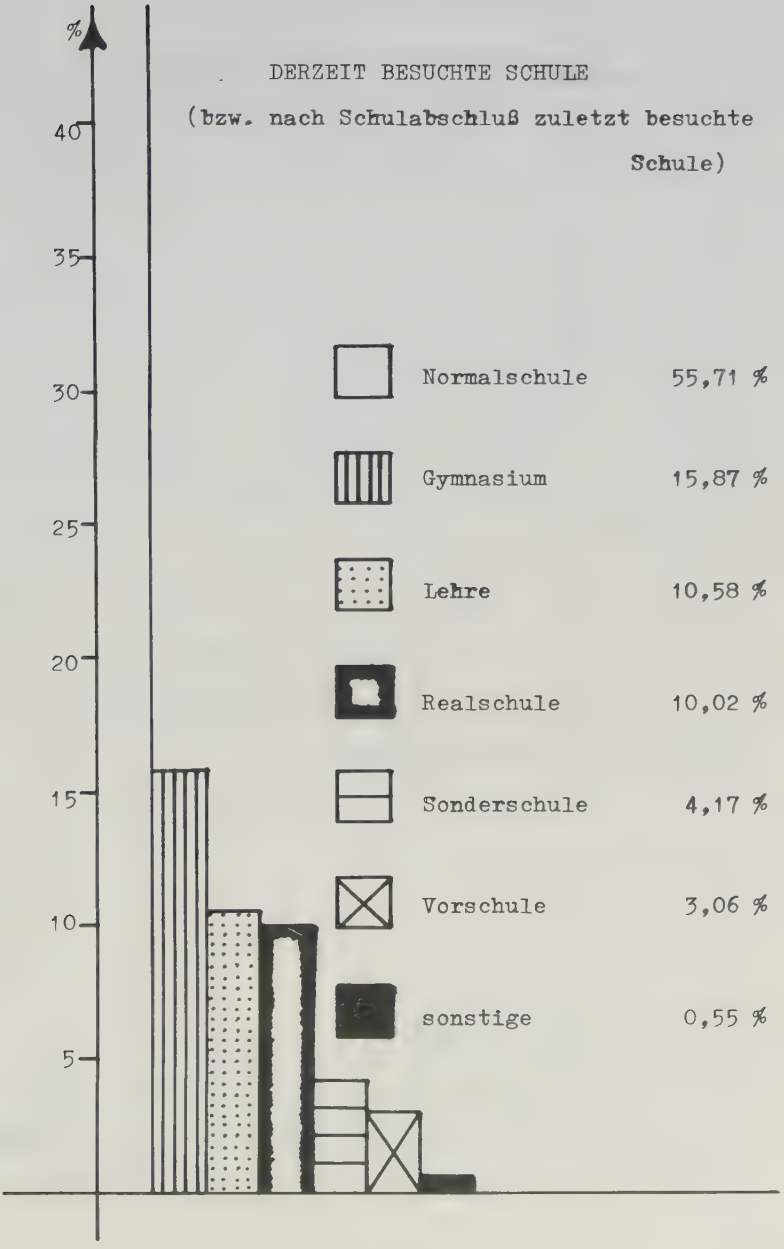


BEDEUTUNG VON "SONSTIGES" INNERHALB DER VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN

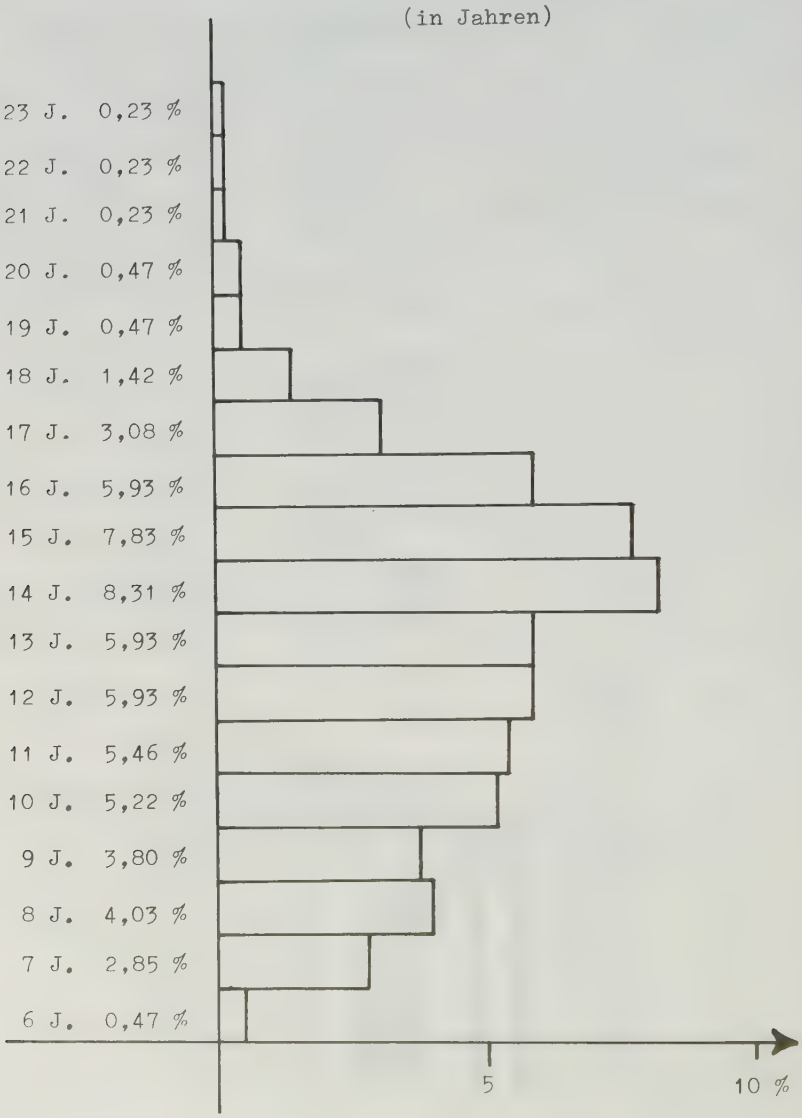


SEXUELLE STÖRUNGEN UNTER KOMBINATIONEN VON VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN

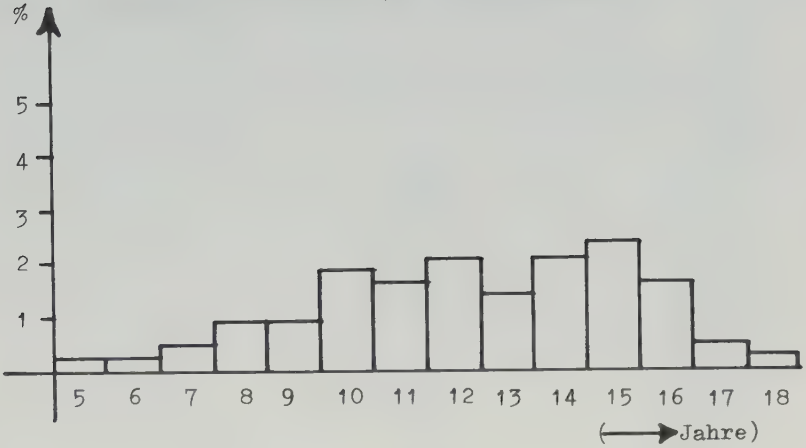



%
40
35
30
25
20
15
10
5
DERZEIT BESUCHTE SCHULE
(bzw. nach Schulabschluß zuletzt besuchte Schule)
Normalschule 55,71 %
Gymnasium 15,87 %
Lehre 10,58 %
Realschule 10,02 %
Sonderschule 4,17 %
Vorschule 3,06 %
sonstige 0,55 %

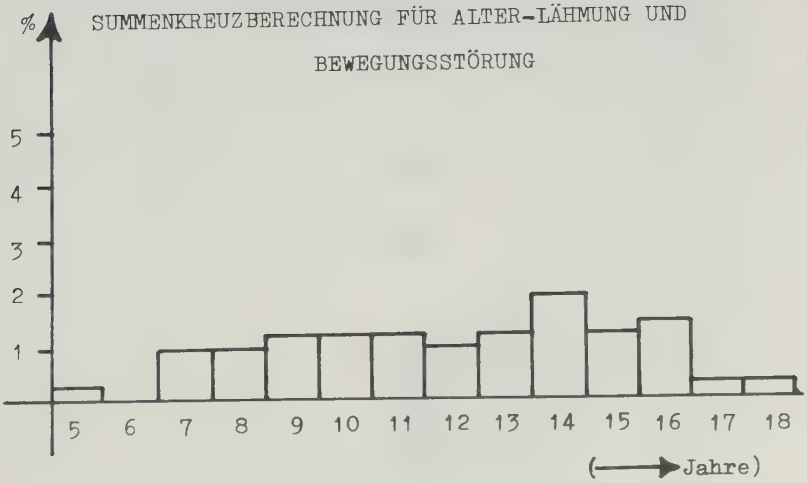
SUMMENKREUZBERECHNUNG FÜR ALTER-SCHULPROBLEME



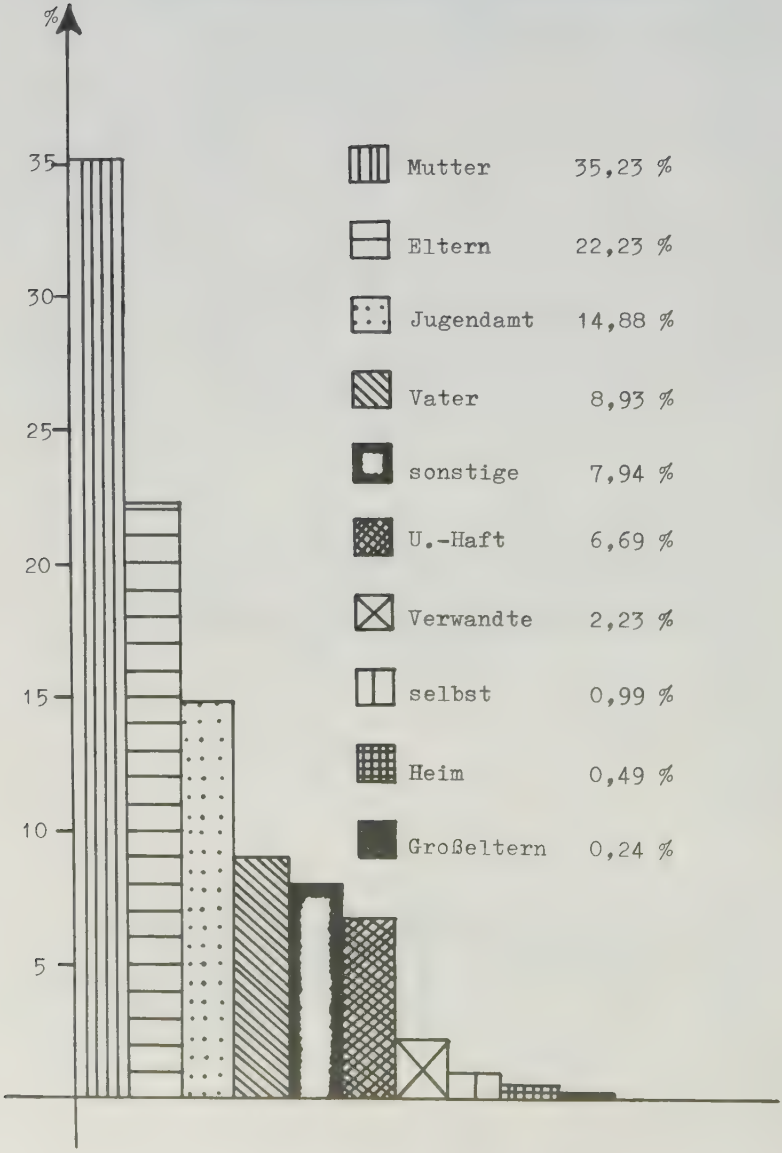
SUMMENKREUZBERECHNUNG FÜR ALTER-SCHMERZEN



SUMMENKREUZBERECHNUNG FÜR ALTER-LÄHMUNG UND BEWEGUNGSSTÖRUNG



VORGESTELLT VON...



Geschlechtsspezifische Gesichtspunkte

Diese Studie wurde bei einer leicht überwiegenden Anzahl männlicher Jugendlicher gemacht (Jungen 52,96 %, Mädchen 47,03 %). Es stellt sich die Frage: Sind die Jungen häufiger neurotisch als die Mädchen? Es könnte sein. In der Psychoanalyse ist der Ödipuskomplex der Jungen sehr gut erforscht und gesichert, dagegen ist der Elektrakomplex der Mädchen sowohl in der Psychoanalyse als auch im Leben überhaupt weniger bekannt und untersucht worden. Es könnte sein, daß sich das "schwache", aber biologisch stärkere weibliche Geschlecht auch gegenüber der Neurosenerkrankung als resistenter erwiesen hat.
Die Mädchen kamen schon mit 2 Jahren zur Vorstellung. Die Zahl der Vorstellungen steigerte sich dann zunehmend bis zum 15. Lebensjahr, wo sie mit 16,66 % das Maximum erreichte. Nach dem 15. Lebensjahr ging die Zahl der Erstvorstellungen bei Mädchen rasch zurück und hörte mit 19 Jahren auf. (S. Graphik auf Seite 25).
Die Jungen kamen erst mit 5 Jahren zur Erstvorstellung. Die Vorstellungen nahmen dann konstant zu, im 14. Lebensjahr erreichten sie die höchste Zahl. Später ging die Vorstellungshäufigkeit nur langsam zurück, bis zum 23. Lebensjahr. (S. Graphik auf Seite 26).
Weshalb hörten die Erstvorstellungen bei Mädchen mit 19 Jahren auf, während die Jungen noch mit 23 Jahren in die jugendpsychiatrische Neurosenbehandlung kamen? Hat man sie mit 23 Jahren immer noch für "jugendlich" gehalten? Bestand bei dieser, zwar geringen Zahl von Jugendlichen eine große Diskrepanz zwischen dem körperlichen und seelischen Alter, daß man sie lieber nach jugendpsychiatrischen Prinzipien behandelt hat? Ist das auch ein Hinweis dafür, daß die Jungen später reif werden als die Mädchen?

Nach Nissen beginnt die normale Pubertät in den mitteleuropäischen Ländern bei Mädchen etwa um 10 1/2, bei Knaben mit 12 Jahren. Die normale Pubertät wurde von Zöller in eine erste puperale Phase (Mädchen von 10 1/2 bis 13 1/2, Knaben von 12 bis 15 Jahren) und eine zweite puperale Phase (Mädchen von 13 1/2 bis 16 1/2, Knaben 15 bis 18 Jahren) unterteilt. Die nachfolgende Zeit der endgültigen Reifung (Mädchen von 16 1/2 bis 20, Jungen von 17 bis 21 Jahren) wird als Adoleszenz bezeichnet.

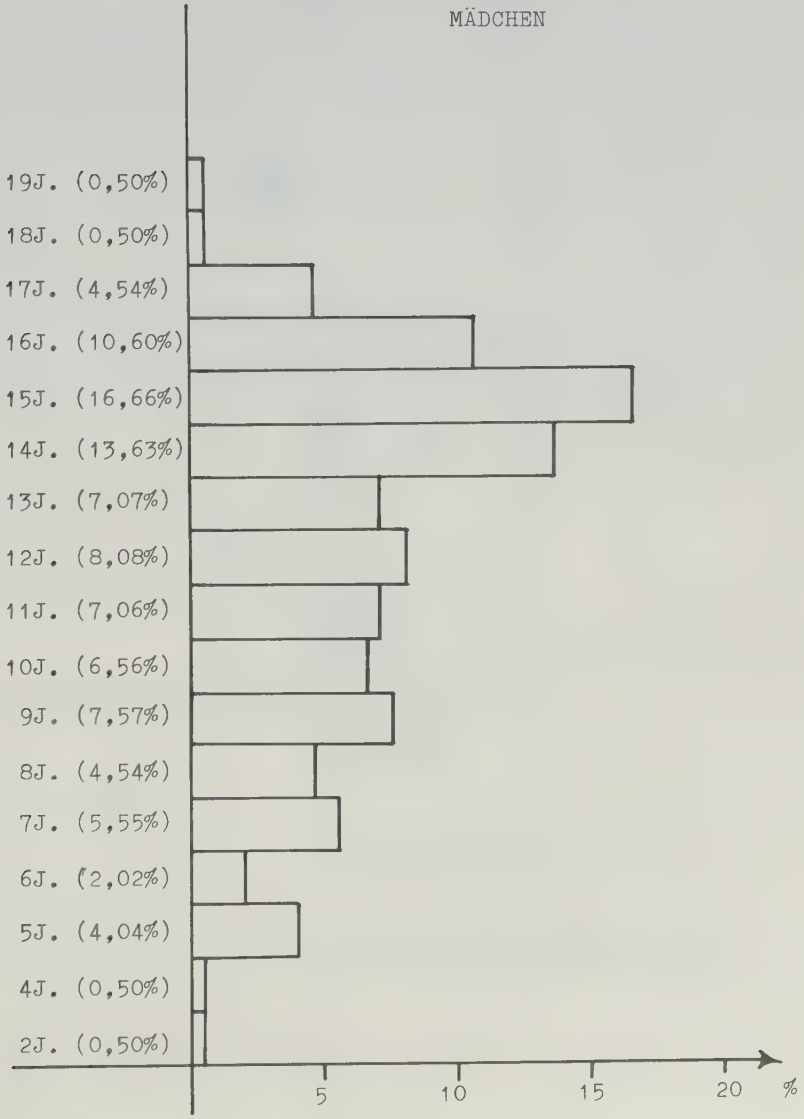
Auf meine Studie bezogen, könnte man sagen, daß die Mädchen in der Adoleszenz stabiler sind als die Jungen, ihre Pubertätsprobleme also erfolgreicher als die Jungen gelöst haben.
Bei beiden Geschlechtern handelte es sich am häufigsten um kombinierte, auffallende Beziehungsstörungen, d. h., zu Eltern, Geschwistern und sonstigen Menschen der Umgebung. (S. Graphik auf Seite 27). An zweiter Stelle waren die Beziehungsstörungen zur Mutter. Nissen: "Neben neurasthenischen, selbstunsicheren und ängstlich nervösen Müttern spielten besonders die psychotischen Mütter (Biermann, Maier) mit ihren paranoiden Wahnvorstellungen eine verhängnisvolle Rolle für die Mobilisierung der kindlichen Ängste und eine Verunsicherung der Existenz". Strunk: "Das Verhalten der Mutter bei der Reinlichkeitserziehung kann als symptomatisch für die Mutter-Kind-Beziehung überhaupt betrachtet werden, die weitgehende Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes hat.

Auf der vorliegenden Graphik hatten die Jungen etwas häufiger die gestörte Beziehung zur Mutter als die Mädchen. An 3. Stelle kamen die auffallenden Beziehungsstörungen zum Vater, häufiger bei Mädchen als bei Jungen.
Mit Geschwistern hatten die Jungen häufiger Schwierigkeiten als die Mädchen.

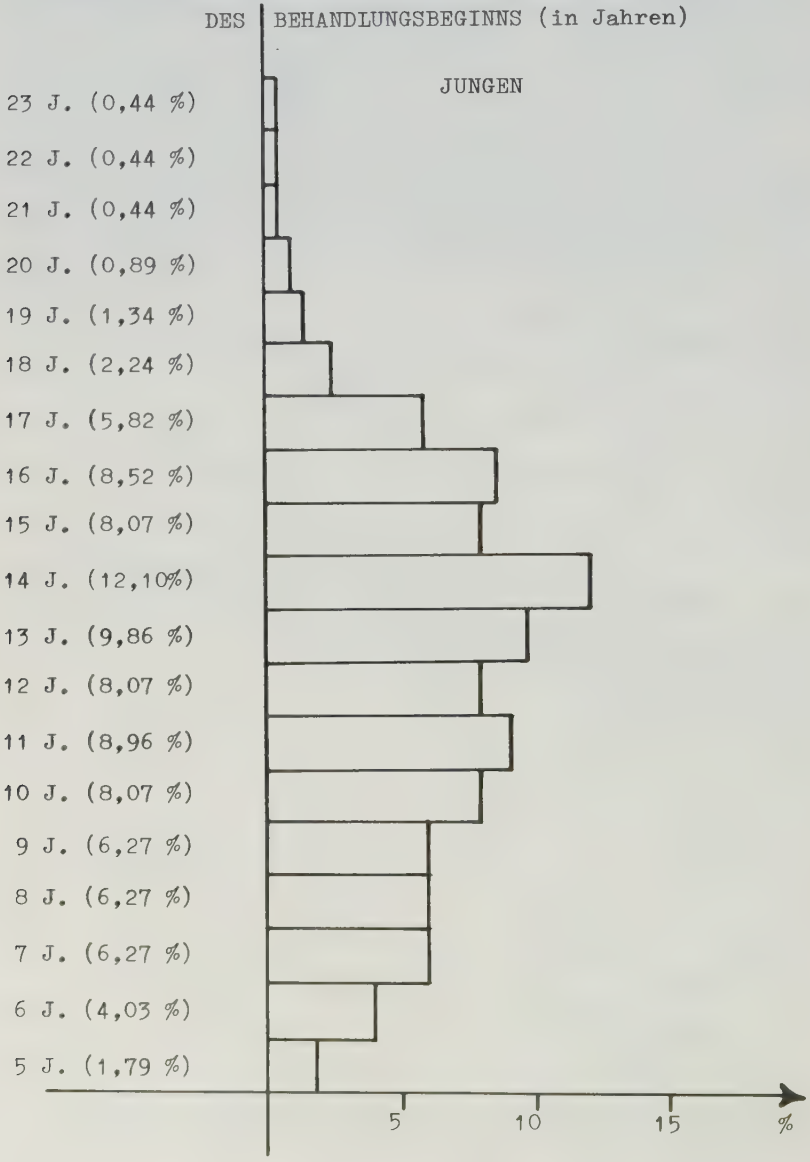
Die "sonstigen" Personen (z. B. Lehrer, andere Kinder und Jugendliche, Verwandte usw.) machten den Mädchen mehr Schwierigkeiten als den Jungen.
Daraus kann man folgende Schlußfolgerungen ziehen: Eine Neurose hat meistens vielseitige Beziehungsstörungen, d. h. zu verschiedenen Menschen aus der Familie und der Umwelt. Der Mutter scheint bei der Entstehung der Neurosen ein wesentlich größerer negativer Einfluß zuzukommen als dem Vater. Die Jungen haben häufiger eine Beziehungsstörung zur Mutter und zu den Geschwistern, die Mädchen zum Vater und zur Umgebung. Der Vater ist in der europäischen Kultur mehr dem Äußerlichen verpflichtet, er kümmert sich um das Finanzielle, das Ansehen, Kontakte usw.. Wenn er schwach sein sollte, leidet darunter die "Form" der Familie. Da er nach der Psychoanalyse in der seelischen Entwicklung der Tochter eine wesentliche Rolle spielt, äußert sich seine Schwäche nicht nur in Bezug auf die "Form" der Familie, sondern auch in den Bindungsschwierigkeiten der Tochter nach außen. Der Mutter dagegen ist in Europa mehr die häusliche Rolle zugeteilt, sie kümmert sich mehr um den "Inhalt" der Familie. Ihre Schwäche scheint für die Beziehungsschwierigkeiten des Sohnes zu den Geschwistern verantwortlich zu sein.
Die Häufigkeit der kombinierten Verhaltensauffälligkeiten überwogen bei beiden Geschlechtern die der Kontaktstörungen. (S. Graphik auf Seite 28). Die Enuresis lag bei Jungen an 3. Stelle. Die Enkopresis kam nur bei Jungen vor. Bei Mädchen lagen an der 3. Stelle der Häufigkeit die Eßstörungen. Wenn wir das Syndrom der Anorexia nervosa an dieser Stelle erwähnen, müssen wir hier Strunk zitieren, der sagt, daß Mädchen an dieser Erkrankung um ein Vielfaches häufiger leiden als Jungen. Das Verhältnis liegt bei 30:1. In der vorliegenden Studie kam die Eßschwierigkeit bei Jungen überhaupt nicht vor. Die Kriminalität überwog bei den Jungen. Nach Nissen wird den Mädchen in unserer Gesellschaft meist eine stärkere Ängstlichkeit als Jungen

zugebilligt. Hier war die Angst bei Mädchen auch höher als bei Jungen vertreten. Suizidversuche kamen nur bei Mädchen vor. Nissen: "Bei den Suizidversuchen kann man davon ausgehen, daß sie etwa das 8 - 10fache betragen und häufiger von Mädchen als von Knaben ausgeführt werden. In Frankreich gaben unter 1700 von Stork befragten Jugendlichen im Alter von 14 - 24 Jahren 6 % der Jungen und 10 % der Mädchen an, bereits einen Selbstmordversuch unternommen zu haben. Weitere 27 % der Jungen und 33 % der Mädchen berichteten über ernsthafte Suizidgedanken bzw. -absichten".

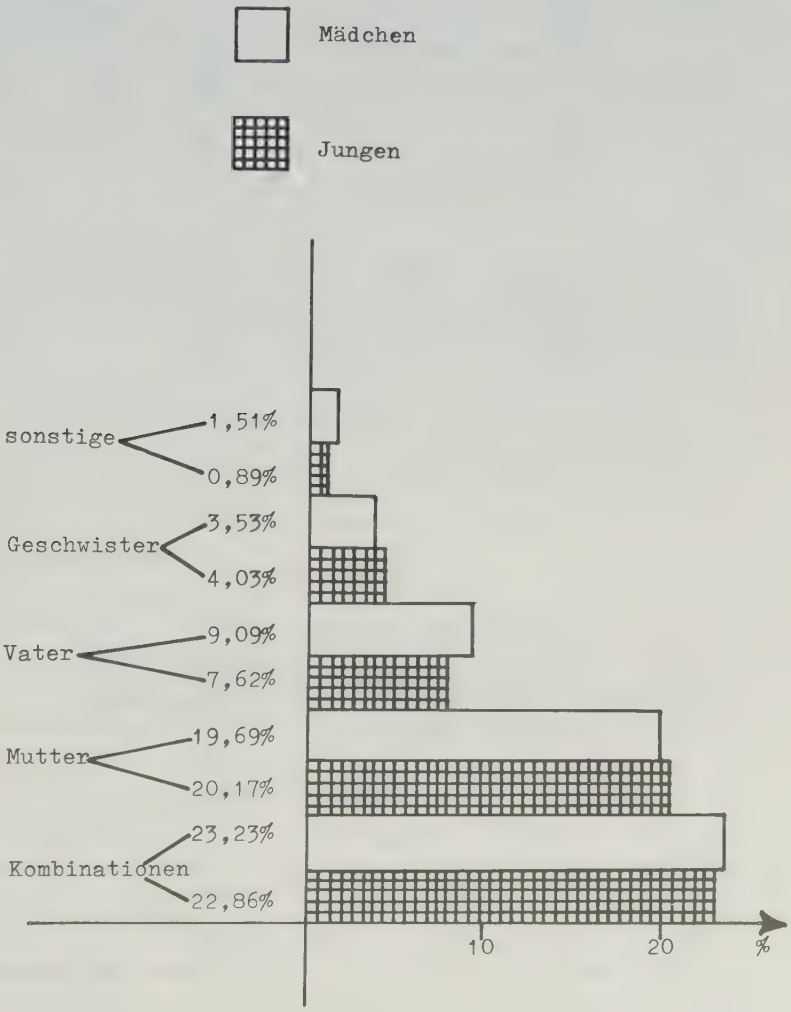
SUMMENKREUZBERECHNUNG FÜR GESCHLECHT-ALTER ZUR ZEIT DES BEHANDLUNGSBEGINNS (in Jahren)



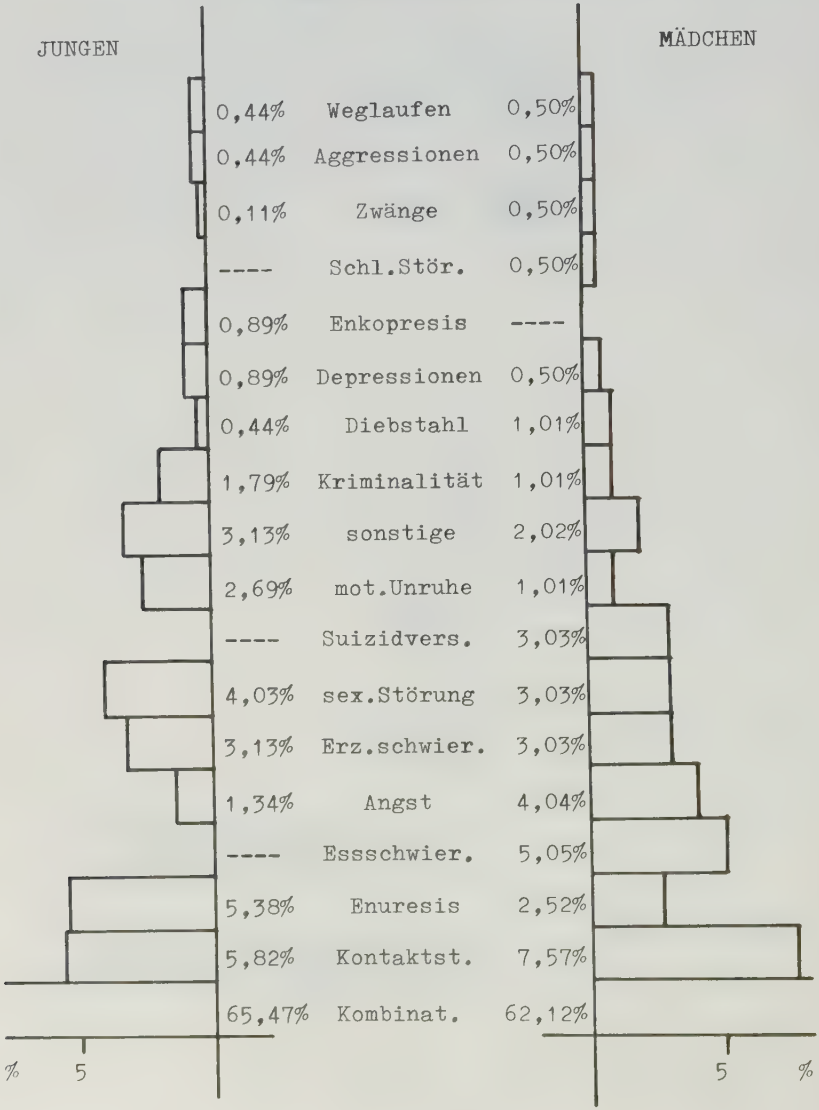
SUMMENKREUZBERECHNUNG FÜR GESCHLECHT-ALTER ZUR ZEIT DES BEHANDLUNGSBEGINNS (in Jahren)



SUMMENKREUZBERECHNUNG FÜR GESCHLECHT--AUFFALLENDE BEZIEHUNGSSTÖRUNGEN



SUMMENKREUZBERECHNUNG FÜR GESCHLECHT-VERHALTENS-AUFFÄLLIGKEITEN



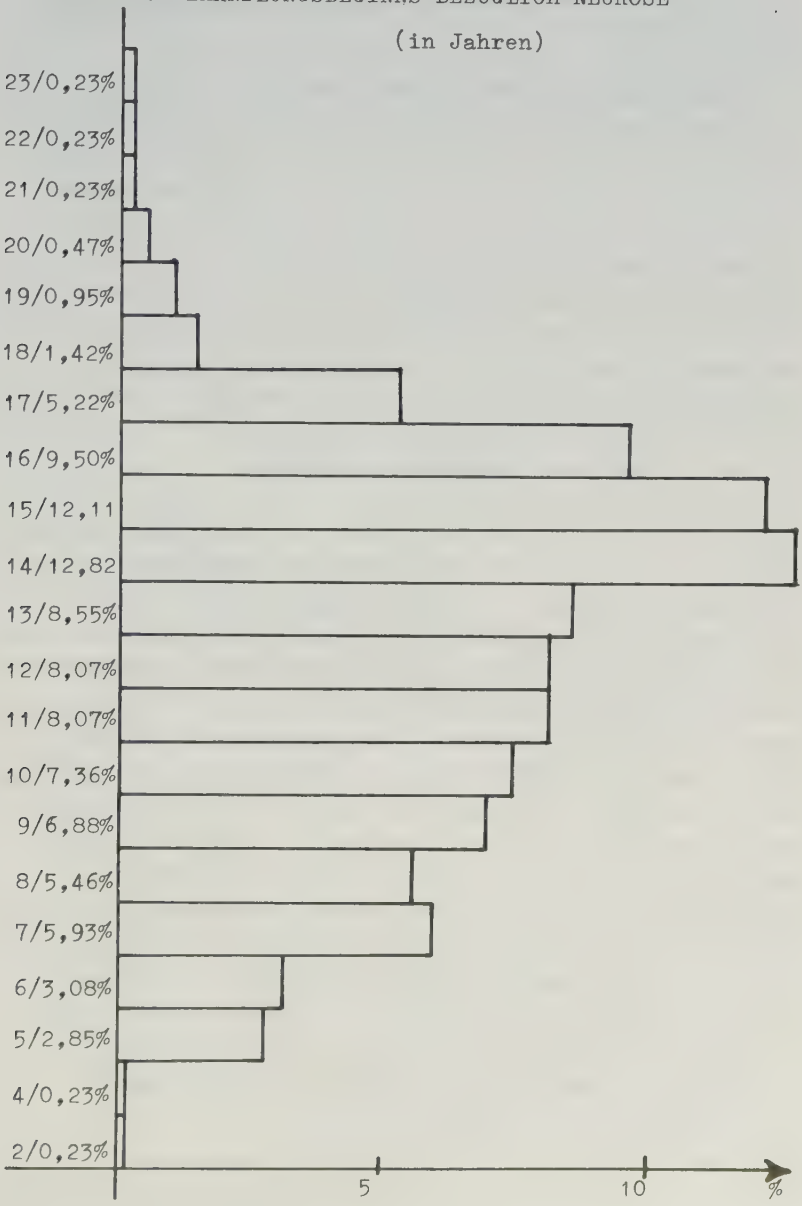
Alter des Behandlungsbeginns

Die Graphik auf Seite 31 zeigt uns, daß es zum Maximum der Vorstellungen im 14., 15. und 16. Lebensjahr kam. Das Maximum der Vorstellungen im Stadium der Neuorientierung könnte etwas zur Ätiologie der Neurosenentstehung sagen. Nach Nissen ist die Zeit der Neuorientierung eine Phase des Übergangs von Passivität zu mehr Aktivität. Die Dynamik des eigenen Ichs kommt in allen Bereichen zum Tragen. Das Ich wird kritisch. es überprüft die eigene psychische Situation und die Umweltsituation. Ist aber das Ich in der entscheidenden Reifezeit noch "unbewußt", bedeutet das, daß es sich gegenüber dem eigenen Unbewußten sowie auch gegenüber seiner Umwelt nicht durchsetzen kann. Besonders die Beziehung des Ichs zur Umwelt ist in dieser Zeit führend und entscheidend. Liegen hier Beziehungsstörungen vor, erlebt das Individuum diese Störungen als ein Leiden, und zwar aus drei Gründen: Erstens, es merkt selbst, daß es irgendwie nicht geht, zweitens, die Umgebung läßt das Individuum spüren, daß sie "weiß, daß mit ihm etwas nicht stimmt", drittens, das nicht Überwinden dieser Stufe führt automatisch zur Regression in die vorherige Entwicklungszeit, in welcher man sich sich "zu Hause fühlte". Jede Regression ist aber mit dem Treffen des eigenen Unbewußten mit "bösen Geistern" verbunden. Ich selbst war lange Zeit der Ansicht, die Neurose sei eine Primärerkrankung des Unbewußten, die zu einer "Irritation" des Ichs führt. Inzwischen habe ich meine Meinung geändert. Zur Zeit denke ich, daß eine Neurose primär eine Erkrankung des Ichs ist. Das Sitzen des Ichs auf "dem heißen Herd des Unbewußten" ist sekundärer Natur. Die Ich-Energie könnte man mit dem Sand in einer Sanduhr vergleichen, bei der die Umwelt den oberen Teil und das Unbewußte den unteren Teil der Uhr bilden. Der "Ich-Sand" hat sein Gewicht, welches ihn nach unten ins Unbewußte

zieht, aus dem er auch ursprünglich abstammt. Was den Sand im oberen Teil, dem Umweltteil hält, sind Beziehungen, Dynamik, Aktivität, Kampf, Extraversion. Fällt die Ich-Energie, der Sand, nach unten ins Unbewußte, gewissermaßen in sich hinein, kommt es zur Introversion. Das Unbewußte gewinnt dann Energie, wird hypertroph kräftiger, und das Ich gerät in Bedrängnis. Unter anderem in der Traumwelt zeigt sich dann die Übermacht des Unterbewußtseins. Unsere Träume werden "schrecklich", wir werden angegriffen von allen Seiten und von "verschiedenen Bewohnern" des Unbewußten. Es gibt aber auch das "gute Unbewußte", das sind die Träume mit positiven Lösungen. Auf der anderen Seite gibt es auch Mitmenschen auf dieser Welt, welche dem geschwächten Ich zu seinem Wiederauftauchen verhelfen, was man als eine Neurosenheilung betrachten kann.

ALTER DES BEHANDLUNGSBEGINNS BEZÜGLICH NEUROSE

(in Jahren)

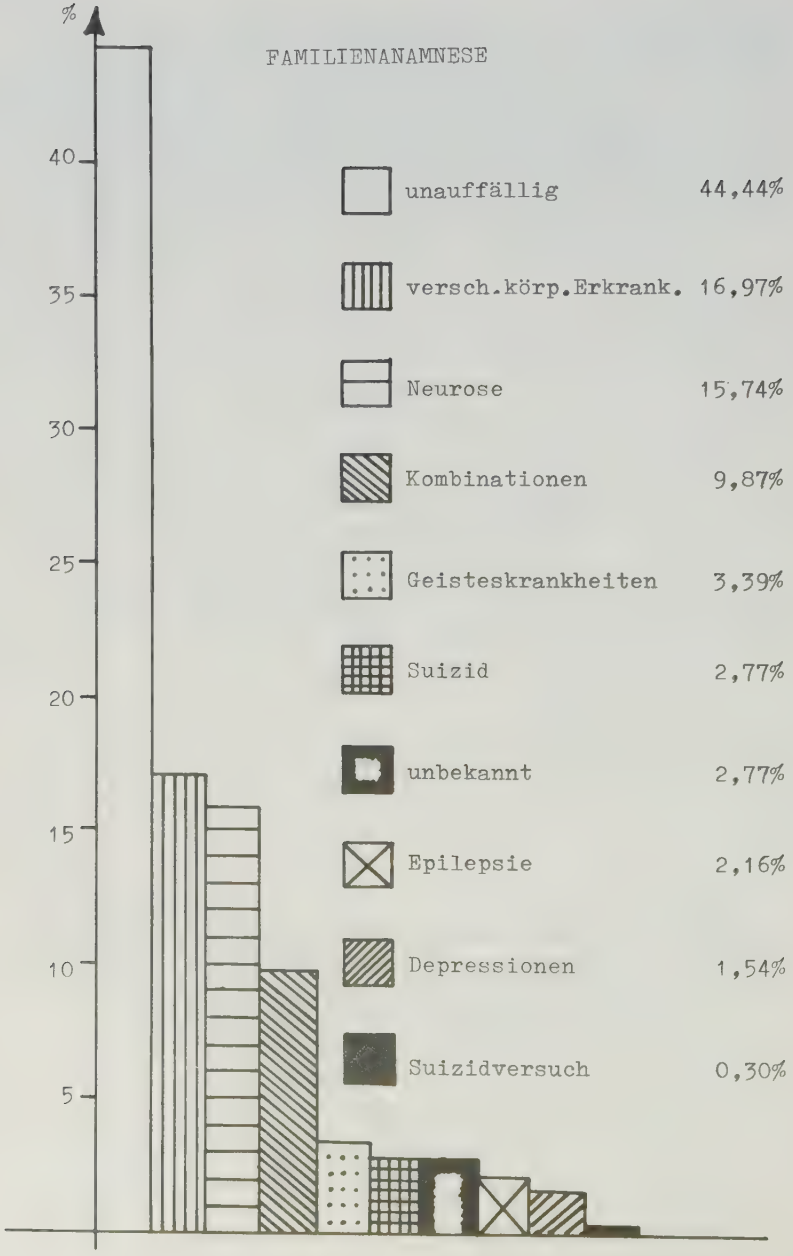


Familienanamnese

Die Familienanamnese war in einer knappen Hälfte der Fälle unauffällig. (S. Graphik auf S.). Beim Rest, leicht über die Hälfte gab es pathologische Angaben in der Familienanamnese. Die körperlichen Erkrankungen der Eltern hatten sich besonders negativ auf die Neurosenentstehung ausgewirkt. Die Gründe dafür könnten in der sekundären Neurotisierung von Kindern aus existenzbedrohten Familien liegen, nämlich dort, wo die Eltern nich voll zur Verfügung stehen, muß sich die Umwelt einschalten. die kranken Eltern haben auch weniger Geduld mit ihren Kindern. An erster Stelle psychischer Erkrankungen im Bereich der Familienanamnese standen die Neurosen.

Schepank sagt in seinem Buch "Herd und Umweltfaktoren bei Neurosen", daß eine Mitwirkung erblicher Faktoren bei der Entstehung neurotischer Erkrankungen nachweisbar ist. Nach Schepank erweist eine Differenzierung nach einzelnen neurotischen Symptomen statistisch signifikant die Beteiligung von Erbeinflüssen bei neurotisch depressiven Störungen und bestimmten Kontakt- und Verhaltensauffälligkeiten. Für weitere Symptome ist solch ein Nachweis wegen der kleinen Zahl nicht möglich oder weil die Konkordanz-Diskordanz-Raten keine entsprechenden Tendenzen zeigten. Weiterhin sagt Schepank: "Der stärker neurotisch Präformierte entwickelt mit größter Wahrscheinlichkeit bereits in der Kindheit Symptome. Diese Hypothese läßt allerdings offen, ob unter "präformiert" ein frühkindlicher Umweltschaden im Sinne der psychoanalytischen Neurosentheorie verstanden wird, oder eine stärkere erbliche "konstitutionelle Belastung", die sich bereits im Kindesalter durch Symptome manifestiert.

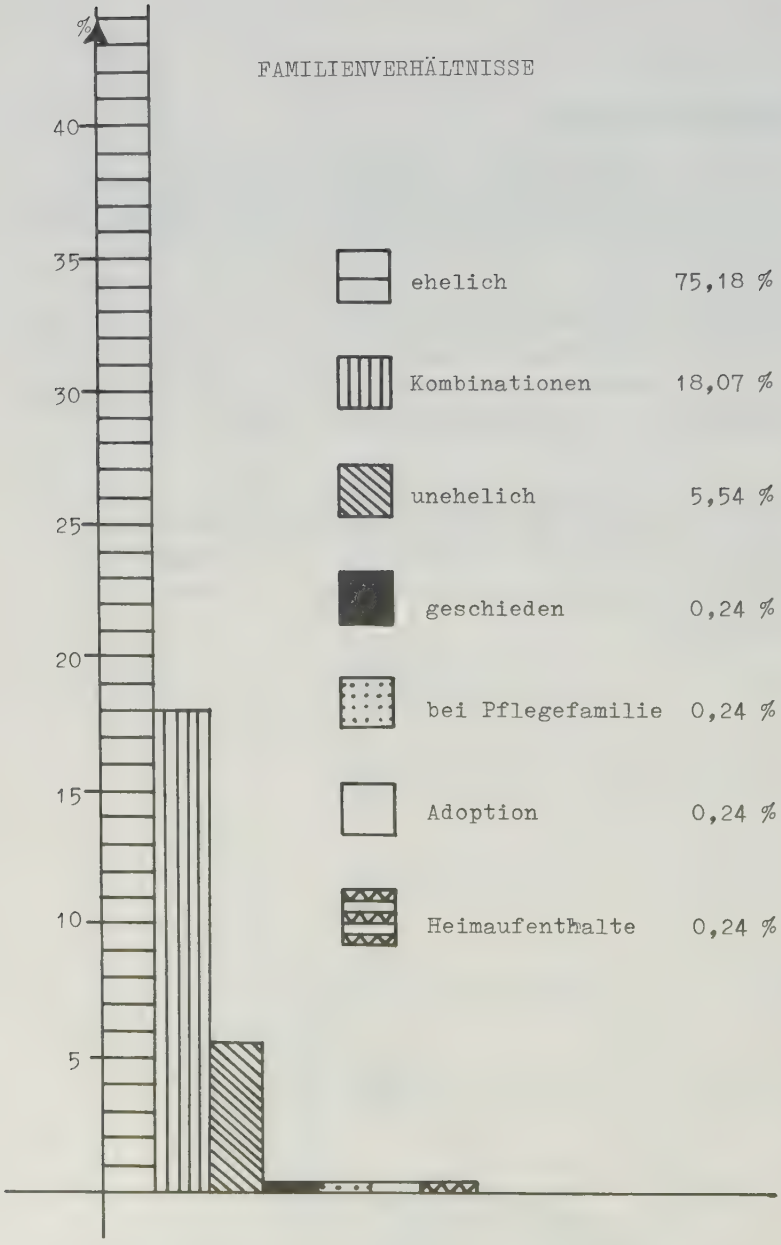
Meines Erachtens steht die Antwort auf die Frage nach der Erblichkeit von Neurosen immer noch aus. Vielleicht wird sie sich eines Tages mit einer relativen Wahrscheinlichkeit geklärt werden. Diese Frage ist sehr schwer zu beantworten und hat eigentlich für die Therapie von Neurosen keine wesentliche Bedeutung.


%
FAMILIENANAMNESE
40
35
30
25
20
15
10
5
unauffällig 44,44%
versch.körp.Erkrank. 16,97%
Neurose 15,74%
Kombinationen 9,87%
Geisteskrankheiten 3,39%
Suizid 2,77%
unbekannt 2,77%
Epilepsie 2,16%
Depressionen 1,54%
Suizidversuch 0,30%

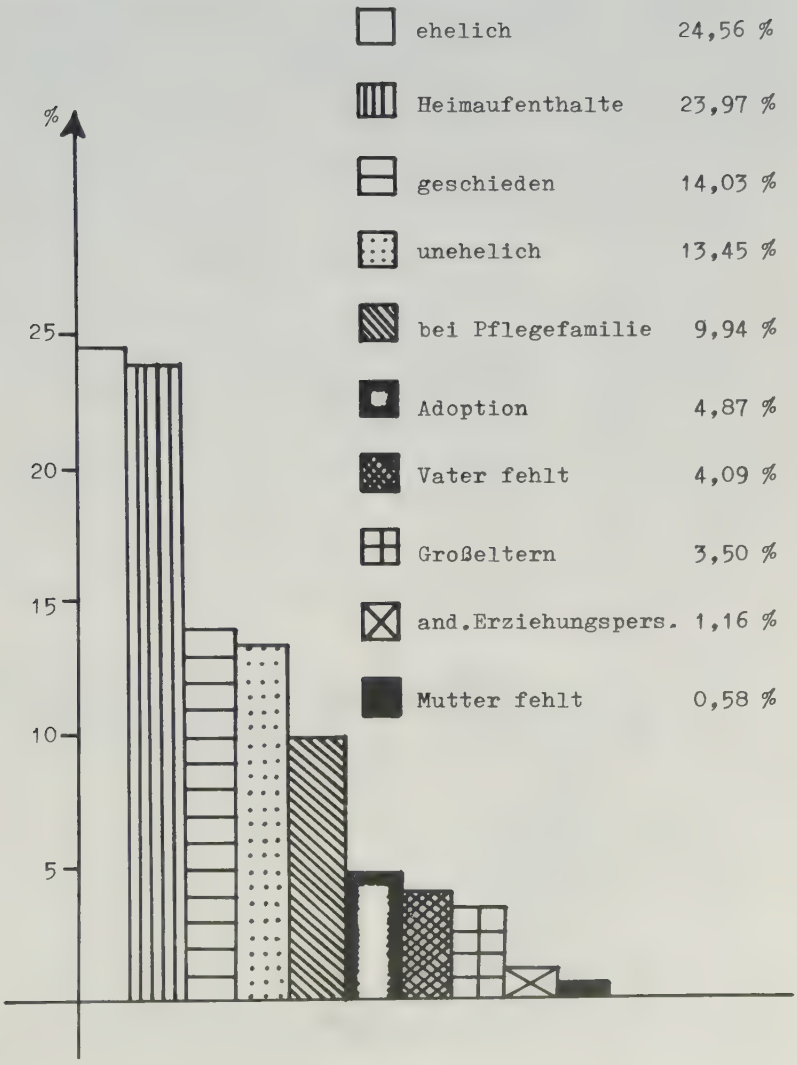
Familienverhältnisse

Zahlenmäßig überwogen die ehelichen Kinder, was natürlich nicht bedeutet, daß sie auch wirklich häufiger neurosenkrank sind. Es gibt einfach mehr eheliche als "sonstige Kinder". Was von größerer Bedeutung ist, daß die unehelichen Kinder an dritter Stelle stehen. Die Kinder mit Heimaufenthalten und die Kinder aus geschiedenen Ehen lagen dabei bei der Auswertung der Kombinationen an der Spitze. (S. Graphik auf Seite 36 und 37).

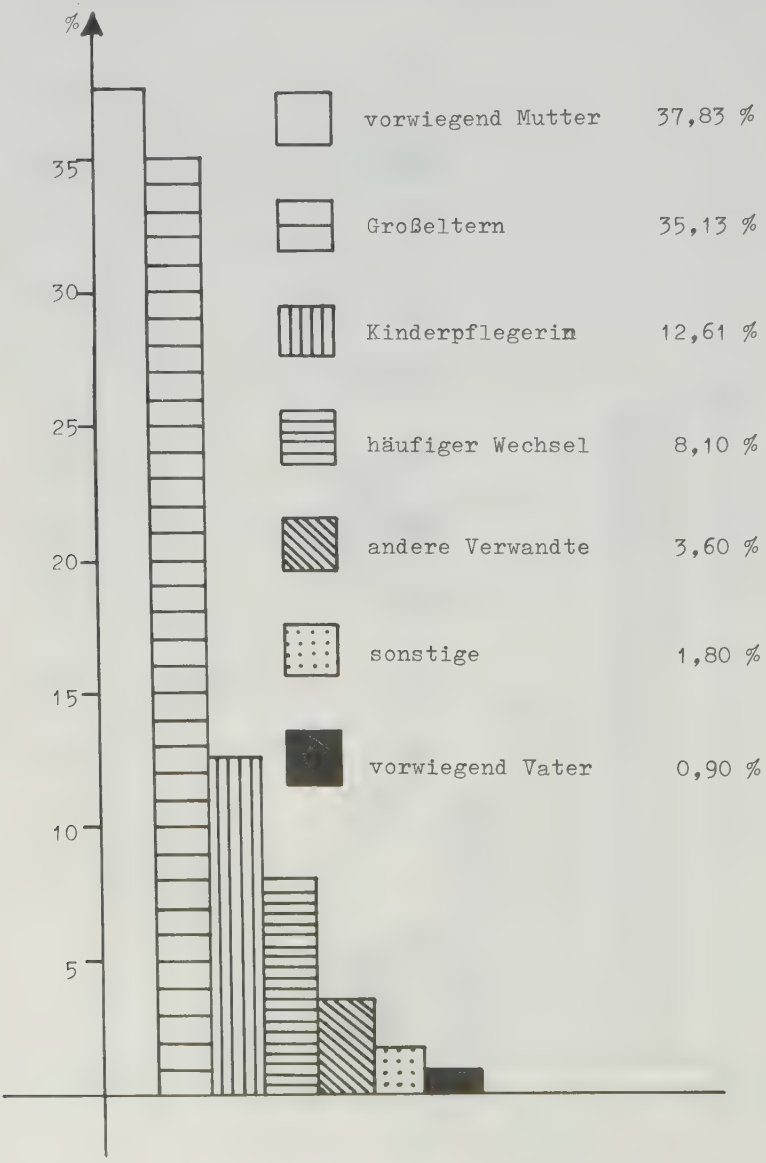
Die Betreuerin Nr. 1 war die Mutter, natürlich aus klaren sozialen Gründen. Der Vater muß arbeiten. Mit der zunehmenden beruflichen Tätigkeit der Frau wurden die Großeltern als Babysitter immer wichtiger. (S. Graphik auf Seite 38).


%
FAMILIENVERHÄLTNISSE
40
35
30
25
20
15
10
5
ehelich 75,18 %
Kombinationen 18,07 %
unehelich 5,54 %
geschieden 0,24 %
bei Pflegefamilie 0,24 %
Adoption 0,24 %
Heimaufenthalte 0,24 %

AUSWERTUNG DER KOMBINATIONEN VON FAMILIENVERHÄLTNISSE



BETREUENDE PERSONEN IN DEN ERSTEN LEBENSJAHREN



Körperliche Vorgeschichte und Befund

Die körperliche Vorgeschichte hat besonders in der Differentialdiagnostik einer kindlichen und jugendlichen Neurose eine große Bedeutung, besonders in der Abgrenzung einer frühkindlichen Hirnschädigung.
Der Schwangerschaftsverlauf war bei etwa zwei Drittel aller Fälle unauffällig. Bei den Schwangerschaftsstörungen kamen die körperlichen Erkrankungen an erster Stelle. (S. Graphik auf Seite 43).

Mit dem Laufen wurde am häufigsten zwischen dem 12. und 15. Monat begonnen. Ein Nachschub kam mit 18 Monaten. (S. Graphik auf Seite 44).

Der Sprachbeginn hatte folgende Häufigkeitsspitzen: 12. Monat, 15. Monat, 24. Monat. (S. Graphik auf Seite 45). Auch das Sauberwerden verlief mit Spitzen: Im 12. Monat, 18. Monat (die höchste Spitze mit 23.07 %), 24. Monat und 36. Monat. (S. Graphik auf Seite 46).

Hier ist es interessant zu erwähnen, daß es bei allen drei Angaben eine hohe Zahl mit der ausdrücklichen Antwort "unbekannt" gab. Ist das vielleicht ein Zeichen eines Interessenmangels der Eltern bzw. der Umwelt für die kindliche Entwicklung?
Die Konstitution war in etwa zwei Drittel der Fälle normal. Bei den Abweichungen folgten einander die Akzelleration, Retardierung und Dysplasie. (S. Graphik auf Seite 47).
Die Motorik war größtenteils normal. Die Desintegration war die häufigste Störung. (S. Graphik auf Seite 48).
Vgl. diese erwähnten Angaben mit Angaben in einer Studie von Prof. Dr. Lempp, Tabelle auf Seite 49, 50 in der noch

Geburtstermin, Geburtsgewicht, Geburtsverlauf und neurologischer Befund verglichen werden.

Eine EEG-Untersuchung fand bei etwa der Hälfte aller Untersuchungen statt. Normal war das EEG in 49,21 %, pathologisch in 50,39 %. Die Verteilung innerhalb des pathologischen EEGs siehe Graphik Seite 51.

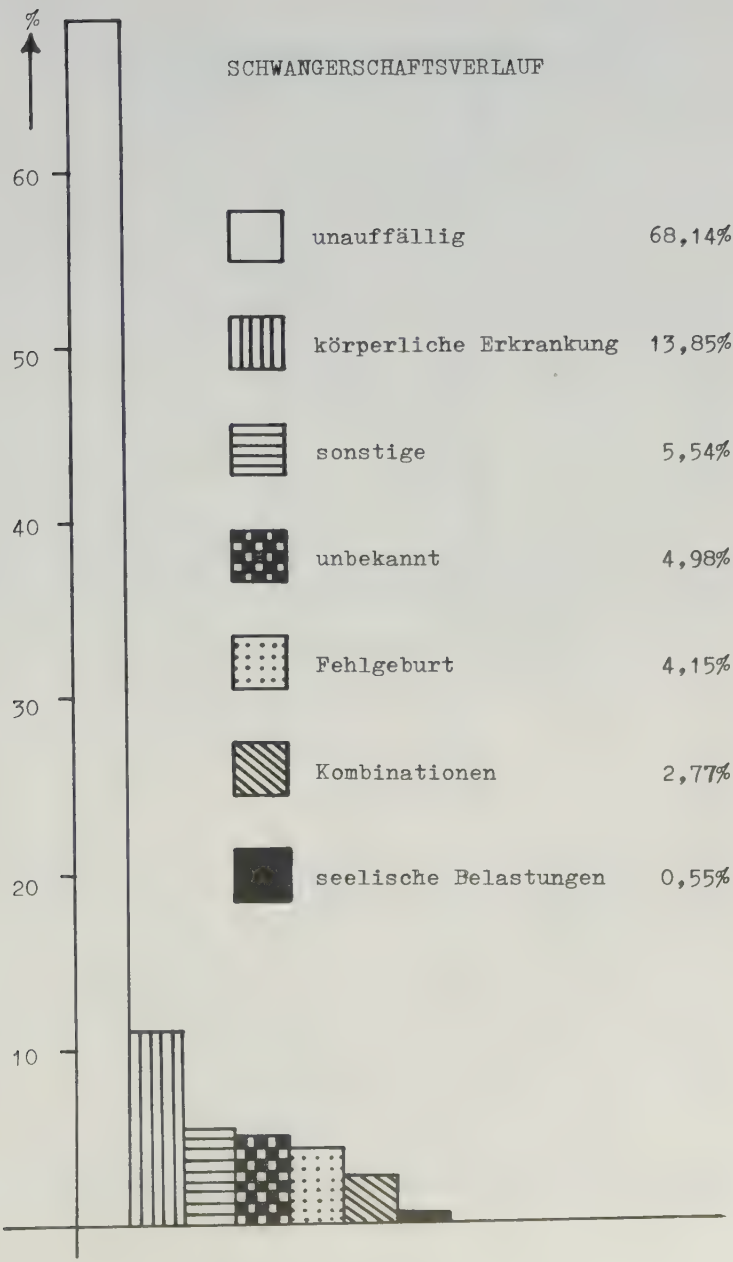
Diese Angabe fällt in den Bereich der Lempp'schen Angaben über die pathologischen EEG-Befunde bei Neurosen, die von 41 % über 60 bis zu 72 % reichen.
Die Intelligenzstruktur nach dem Hamburg-Wechsler-IQ auf der Graphik Seite 52 und auf den Graphiken Seite 53 zeigt uns, daß es sich größtenteil um durchschnittlich intelligente Kinder und Jugendliche handelte.

Die häufiger als im Durchschnitt auftretende organpathologische Komponente erwog in mir die Frage, wieviel Prozent der Untersuchten hatten eigentlich eine rein primäre Neurose. Die übrigen hätten dann eine sekundäre Neurotisierung bei frühkindlicher Hirnschädigung oder nur eine frühkindliche Hirnschädigung. Diese Frage wird nicht genau beantwortet werden können.
Enke nahm unter Normalkindern bei 6,5 % eine frühkindliche Hirnschädigung an. Lempp kam zum Entschlup, daß 17,9 % der Kinder mit Wahrscheinlichkeit eine, wenn auch leichte frühkindliche Hirnschädigung durchgemacht haben. Nach Lempp wird sich eine genaue Zahl nicht nennen lassen, da es bei pathologischen Veränderungen, die fließende Übergänge zum Normalen zeigen, keine klar abgrenzenden Kriterien gibt. Die Angaben über die Häufigkeit der frühkindlichen Hirnschädigung weichen bei verschiedenen Autoren (Schenk, Weber, Strunk, Faust) voneinander ab. Das weist wiederum auf die verschiedenen Kriterien der Beurteilung des klinischen Bildes einer organischen, frühkindlichen Hirnschädigung hin.

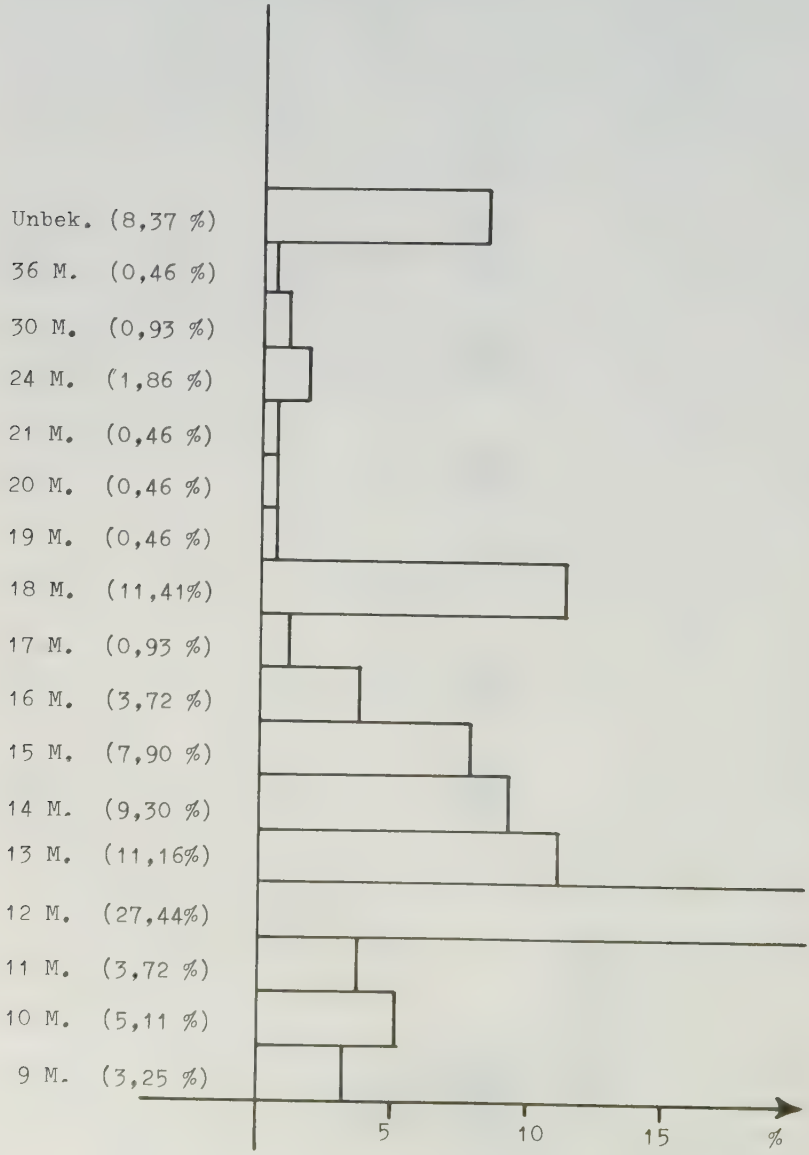
Lempp hat sich folgende Frage gestellt: Wie oft kann bei Kindern und Jugendlichen, die unter Neurosen oder milieureaktiven Verhaltensstörungen leiden, die Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung gestellt werden, bzw. wie oft finden sich Hinweise auf eine exogene Schädigung während der frühen Kindheit? In dieser Studie kam er zu folgendem Resultat: 10,3 % der Probanden war ohne pathologische Anamnese oder Befund. Nach Lempp heißt das, daß nur 10 % unserer neurotischen und milieureaktiv verhaltensgestörten Kinder aufgrund einer genauen Anamnese und einer genauen Befunderhebung als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit körperlich gesund zu bezeichnen sind. Die Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung wurde bei diesen Kindern mit Neurosen und milieureaktiven Verhaltensstörungen in 32 % ausdrücklich als Haupt- oder Nebenbefund gestellt. Unter den Untersuchten gab es 66 %, die wenigstens eine auf eine frühkindliche Hirnschädigung hinweisende Komplikation in der Anamnese durchgemacht haben oder pathologische Befunde aufweisen. 40 % der Kinder haben mindestens zwei solche Komplikationen durchgemacht und/oder weisen mindestens zwei oder mehrere spezifische pathologische Befunde auf. Lempp sagt: "Das heißt also, daß bei zwei von fünf neurotischen oder milieureaktiv verhaltensgestörten Kindern mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine frühkindliche Hirnschädigung angenommen werden muß und daß bei zwei Drittel unserer Probanden der Verdacht besteht, daß sie zumindest eine leichte frühkindliche Hirnschädigung durchgemacht haben. Bei den neurotischen Knaben ist die Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung sogar beinahe in der Hälfte der Fälle (48 %) zu stellen.

Das ist eine"schmerzhafte Entdeckung" für mich Psychiater und analytischen Psychologen. Ist die Psychologie nur ein Apendix der Neurologie. Das laienhaft gebrauchte Wort "Blinddarm" würde nicht passen. Die Psychologie ist nämlich nicht "blind", sie ist sogar überentwickelt als die

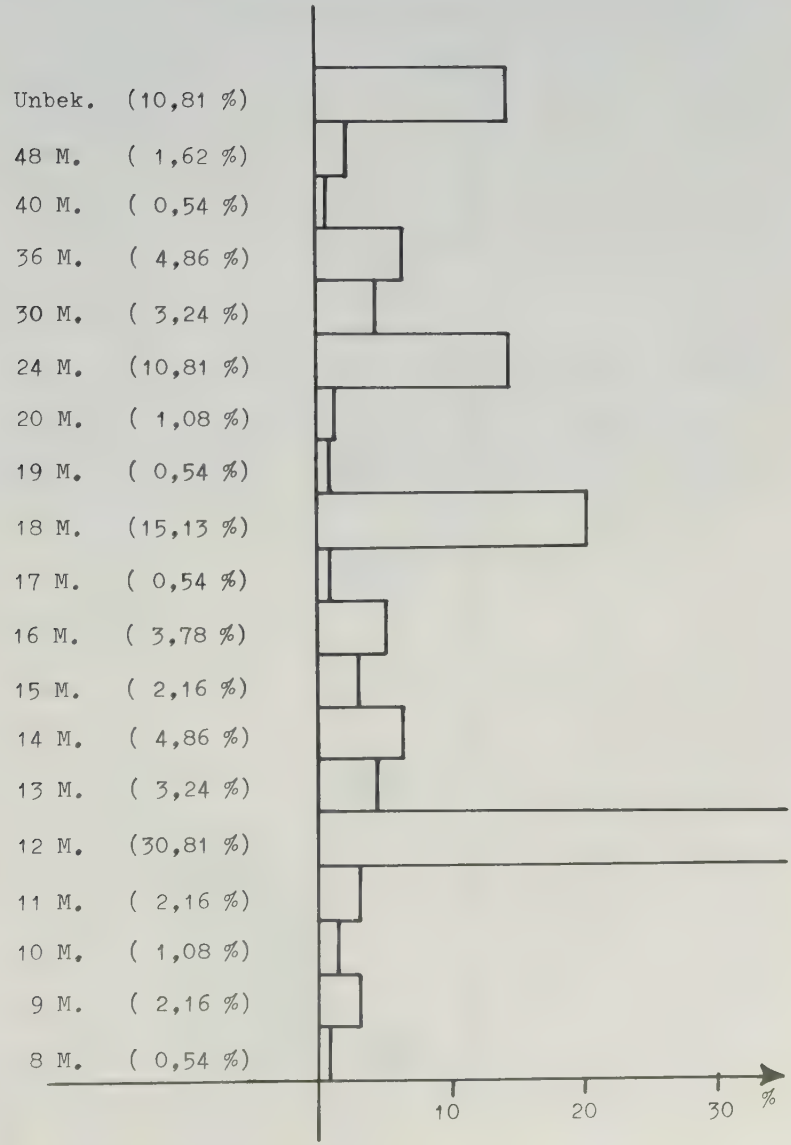
Wissenschaft von der Formalitätsäußerung des Geistes. Woher kommt jedoch dieser Geist? Das bleibt uns noch verborgen. Wieviel von der "Psyche" ist eigentlich eine bloße "Begleitmusik" des Gehirns und was ist eigentlich der selbständige Geist?

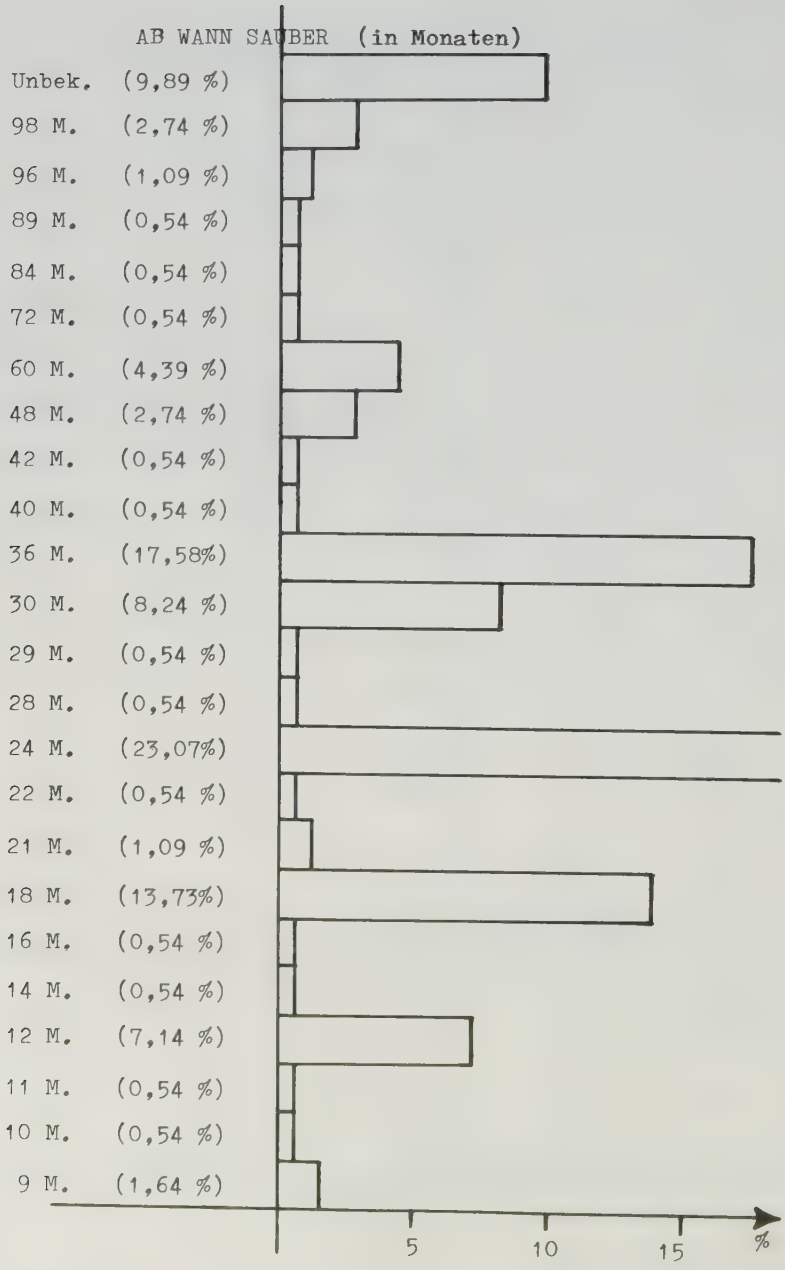

%
SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF
60
50
40
30
20
10
unauffällig 68,14%
körperliche Erkrankung 13,85%
sonstige 5,54%
unbekannt 4,98%
Fehlgeburt 4,15%
Kombinationen 2,77%
seelische Belastungen 0,55%

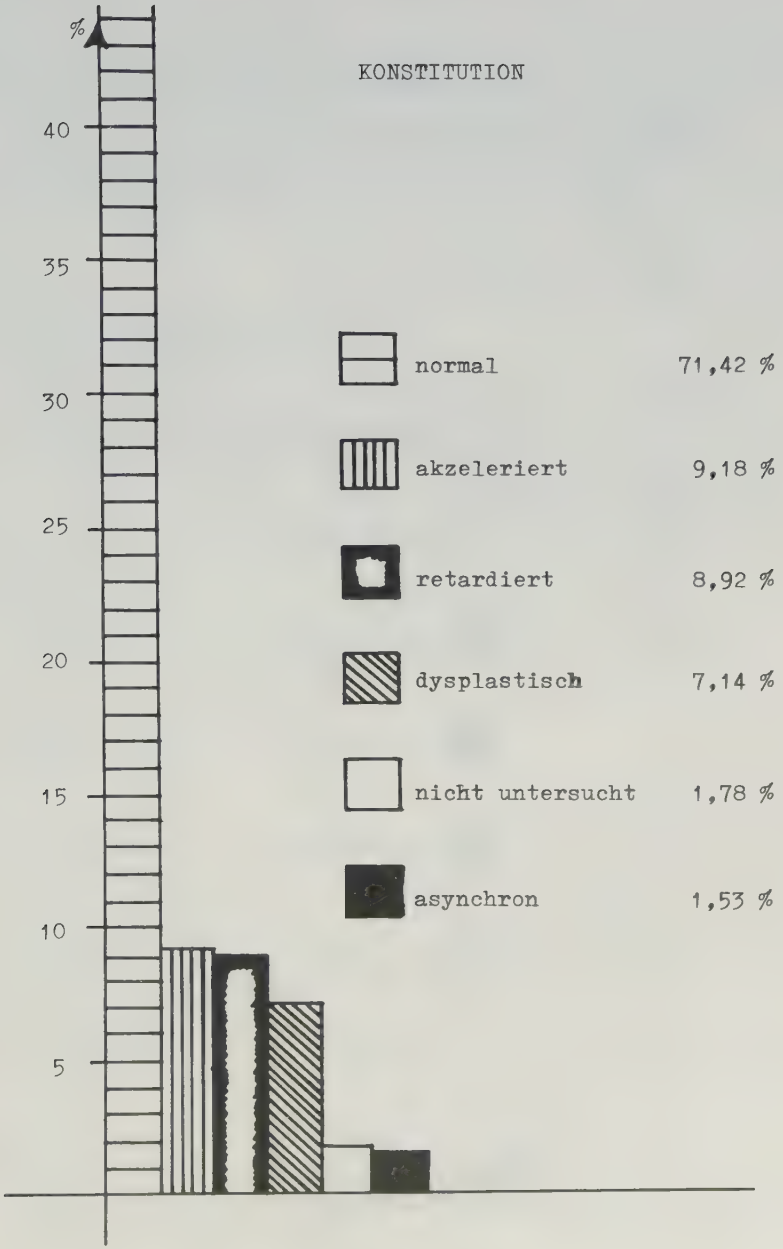
AB WANN LAUFEN (in Monaten)



AB WANN SPRECHEN (in Monaten)




AB WANN SAUBER (in Monaten)
Unbek. (9,89 %)
98 M. (2,74 %)
96 M. (1,09 %)
89 M. (0,54 %)
84 M. (0,54 %)
72 M. (0,54 %)
60 M. (4,39 %)
48 M. (2,74 %)
42 M. (0,54 %)
40 M. (0,54 %)
36 M. (17,58%)
30 M. (8,24 %)
29 M. (0,54 %)
28 M. (0,54 %)
24 M. (23,07%)
22 M. (0,54 %)
21 M. (1,09 %)
18 M. (13,73%)
16 M. (0,54 %)
14 M. (0,54 %)
12 M. (7,14 %)
11 M. (0,54 %)
10 M. (0,54 %)
9 M. (1,64 %)
5
10
15
%


%
KONSTITUTION
40
35
30
25
20
15
10
5
normal 71,42 %
akzeleriert 9,18 %
retardiert 8,92 %
dysplastisch 7,14 %
nicht untersucht 1,78 %
asynchron 1,53 %

MOTORIK

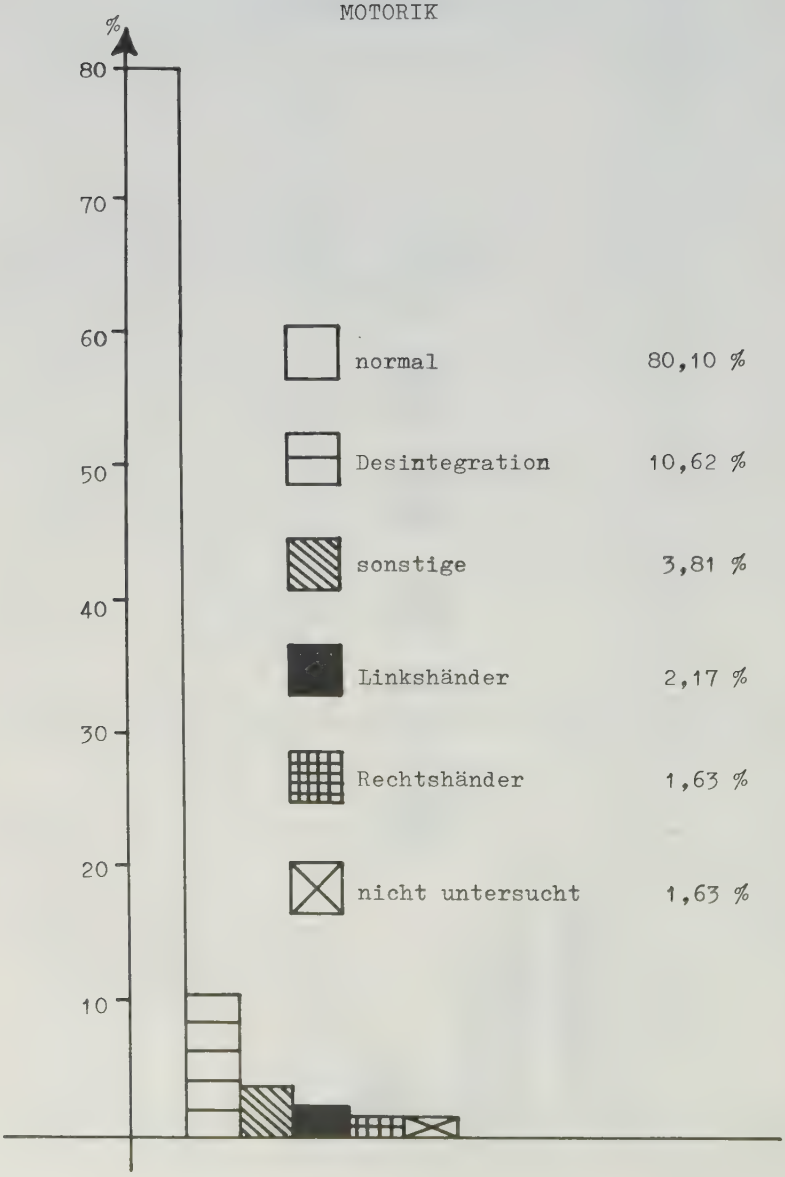
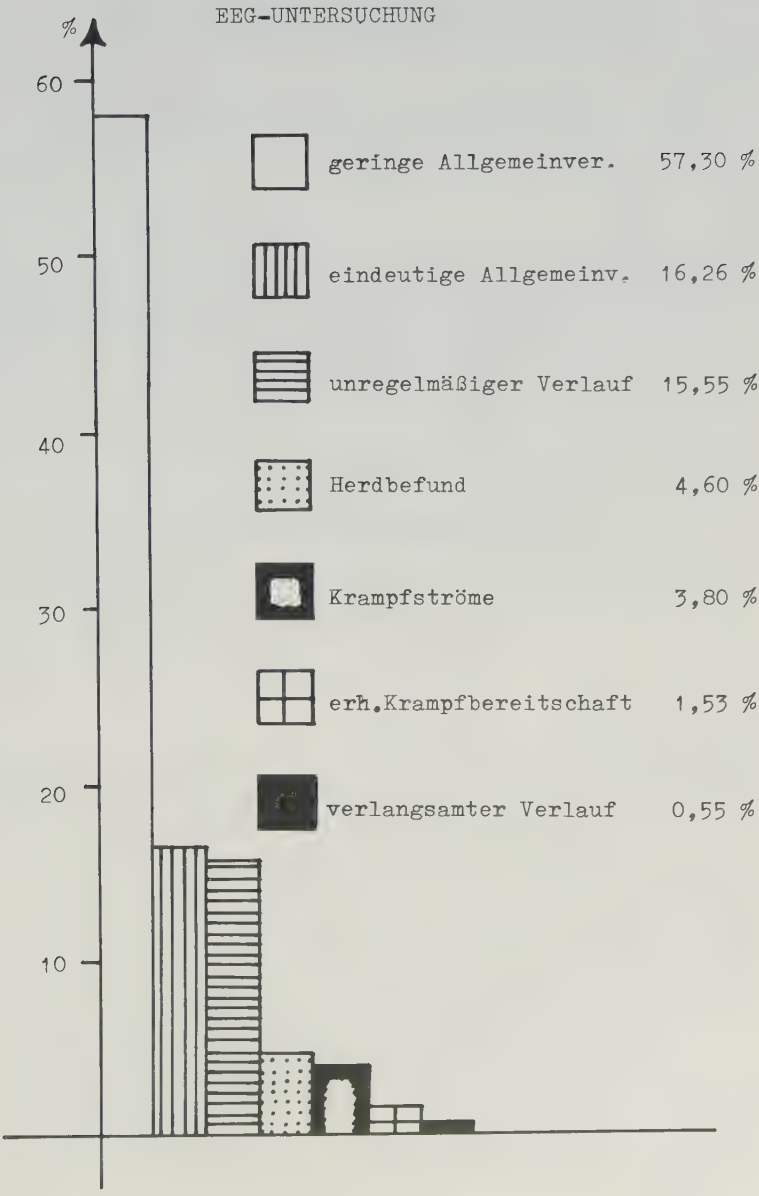

%
80
70
60
50
40
30
20
10
normal 80,10 %
Desintegration 10,62 %
sonstige 3,81 %
Linkshänder 2,17 %
Rechtshänder 1,63 %
nicht untersucht 1,63 %

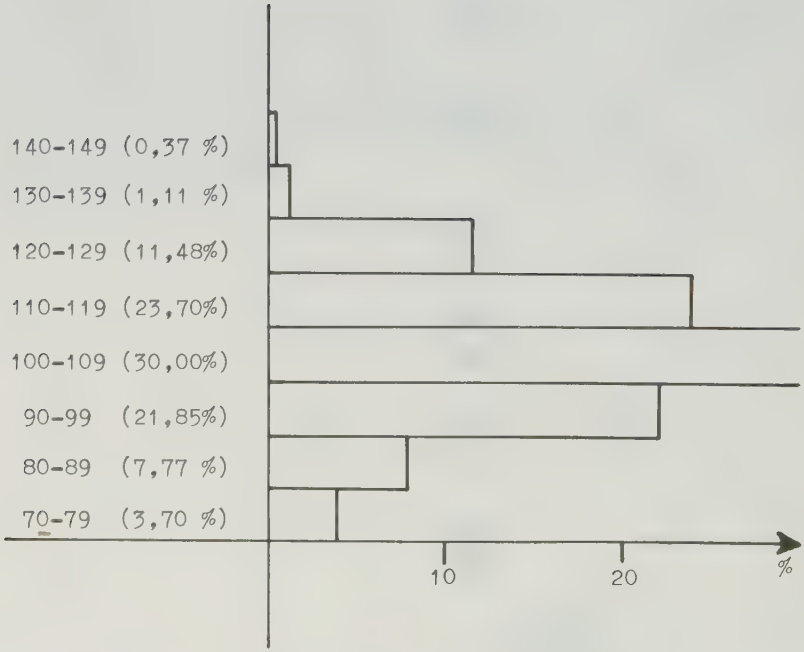
Tabelle einiger Angaben im Vergleich neurotischer Kinder und Jugendlicher dieser Studie mit einer Studie von Prof. Dr. R. Lempp über 505 neurotische Kinder und 273 unausgelesene Schulkinder aus seinem Buch: "Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose" Seite 133 und 134.

	hier:	Studie nach Lempp	
	Neurotiker	Neurotiker	Normale
Schwangerschaftsverlauf			
path. Schwangersch.	26,80 %	44,40 %	6,70 %
Fehlgeburten	4,10 %	7,90 %	1,20 %
körperl.Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft	13,80 %	12,50 %	5,90 %
Sonstiges	5,50 %	12,50 %	5,90 %
Geburtstermin			
Frühgeburt	12,00 %	15,60 %	11,90 %
rechtzeitig	73,90 %	74,10 %	77,30 %
Spätgeburt	9,60 %	10,20 %	10,70 %
Geburtsgewicht			
unter 5 Pfund	7,50 %	8,30 %	5,50 %
5 bis 8 Pfund	74,90 %	83,10 %	81,70 %
über 8 Pfund	16,90 %	8,10 %	11,90 %
Geburtsverlauf			
pathologisch	13,70 %	18,80 %	20,40 %
Säuglingsentwicklung			
pathologisch	27,70 %	34,70 %	23,00 %
Motorik			
verzögert	20,60 %	1,80 %	1,50 %

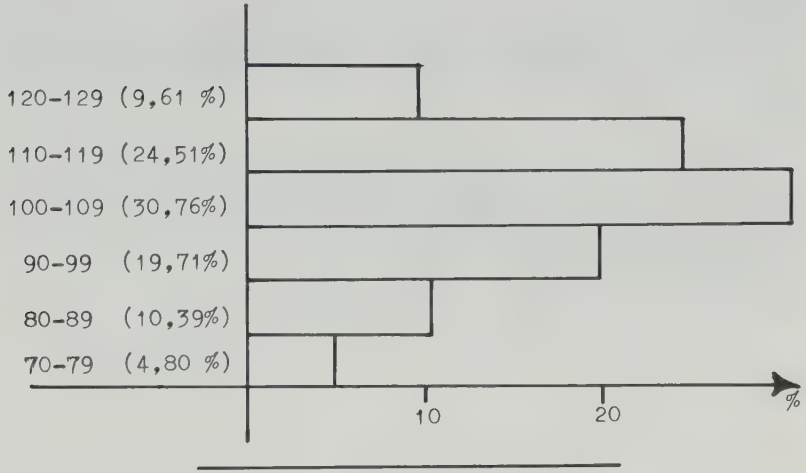
	hier: Neurotiker	Studie nach Lempp Neurotiker	Normale
Sprache			
verzögert	21,00 %	19,20 %	4,70 %
Konstitution			
Retardierung	8,90 %	23,90 %	12,90 %
Akzeleration	9,10 %	9,50 %	8,10 %
Asynchronie	1,53 %	1,20 %	0,30 %
Dysplasie	7,10 %	12,50 %	17,00 %
Neurologischer Befund			
pathologisch	13,10 %	17,00 %	2,50 %


EEG-UNTERSUCHUNG
%
60
50
40
30
20
10
geringe Allgemeinver. 57,30 %
eindeutige Allgemeinv. 16,26 %
unregelmäßiger Verlauf 15,55 %
Herdbefund 4,60 %
Krampfströme 3,80 %
erh.Krampfbereitschaft 1,53 %
verlangsamter Verlauf 0,55 %

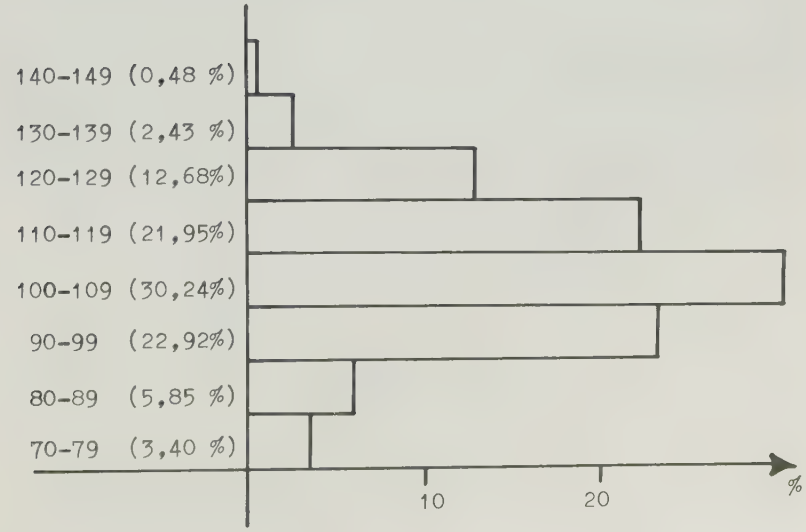
HAMBURG-WECHSLER-GESAMT-IQ



HAMBURG-WECHSLER-HANDLUNGS-IQ



HAMBURG-WECHSLER-VERBAL-IQ



Therapie

Psychopharmaka wurden in 20,9 % verschrieben, davon Neuroleptika in 6,2 %, Thymoleptika in 3,3 %, Tranqulizer in 11,4 %.

Der Anteil der Psychotherapie betrug 74,3 %. Wenn wir den therapeutischen Einsatz der Psychopharmaka mit den der Psychopharmaka vergleichen (20,9 % zu 74,3 %) sehen wir, daß die Psychotherapie häufiger eingesetzt wurde.

Psychotherapeutisch fand an erster Stelle die Elterberatung Verwendung. Nach Nissen ist die Beratung der Eltern ein integrierender Bestandteil jeder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Sie setzt neben Kenntnissen von der Kinderpsychologie auch die Erfahrung mit der Erwachsenenpsychiatrie voraus. Kinderpsychiatrische Elternberatung und Elterntherapie lassen sich nicht immer scharf voneinander abgrenzen. Die Erziehung des Kindes beginnt nach Nissen mit seiner Häufigkeit zur sozialen Kontaktaufnahme und setzt sich in einer Kette von Reaktionen auf elterliche Aktionen fort, die sich wechselseitig konditionieren. Die psychopathologische Untersuchung kann nach Nissen deshalb nie dem Kind alleine gelten. Sie umfaßt zwangsläufig seine Eltern und ist umso bedeutungsvoller, je jünger und somit abhängiger das Kind von ihnen ist, und je mehr der Berater ausschließlich auf ihre Angaben angewiesen ist. Neurotische Verhaltensstörungen bei Kindern lassen sich nach Nissen sehr weitgehend auf pathologische Haltungen der Eltern zurückführen. Wieder nach Nissen liegt die Erstaufgabe der Beratung darin, die Eltern von der Psychogenese der kindlichen Symptomatik zu überzeugen, gleichzeitig aber dabei entstehende Schuldgefühle und Ängste so weit zu kontrollieren, daß sie den Gang der Behandlung nicht behindern.

An zweiter Stelle waren in dieser Studie die kombinierten Psychotherapien und Beratungen.

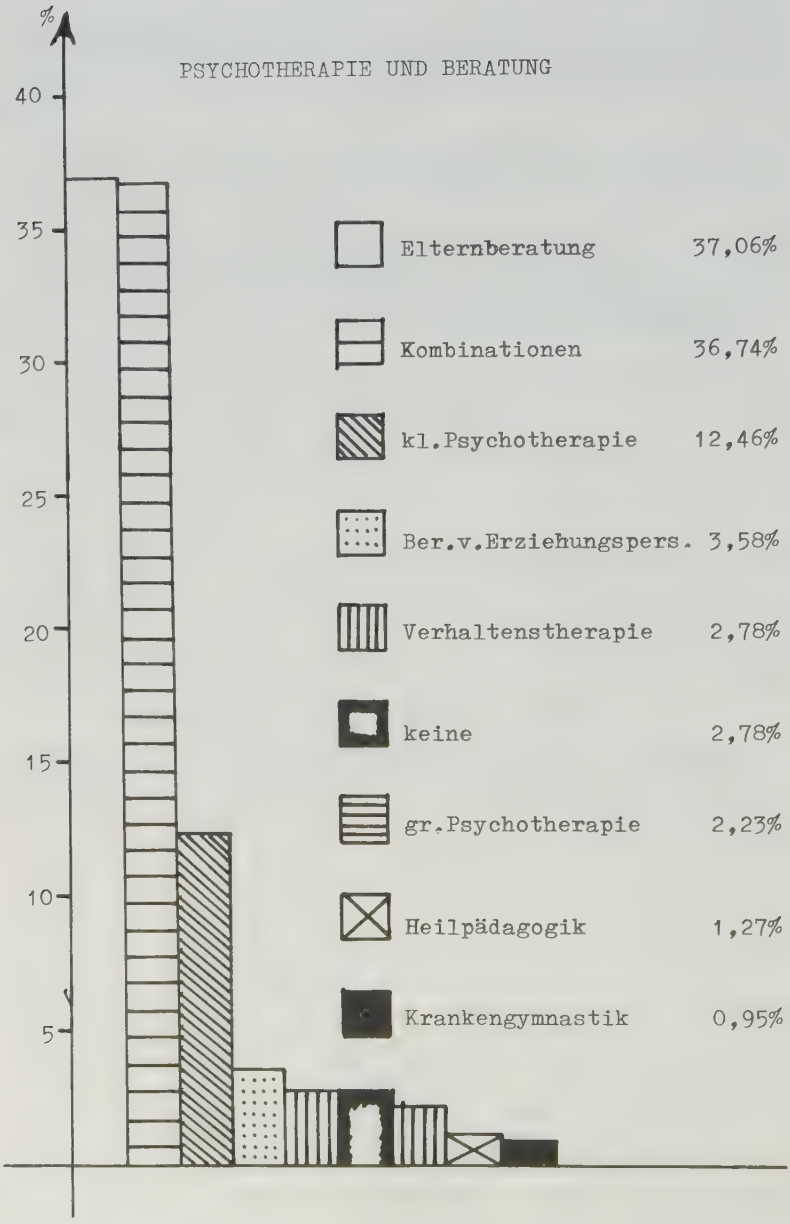
Die kleine Psychotherapie (Gespräche, Spielen) stand an dritter Stelle. (S. Graphik auf Seite 56).

Bei Kombinationen von Psychotherapie führte die kleine Psychotherapie leicht vor der Elterberatung und Verhaltenstherapie. (S. Graphik auf Seite 57).

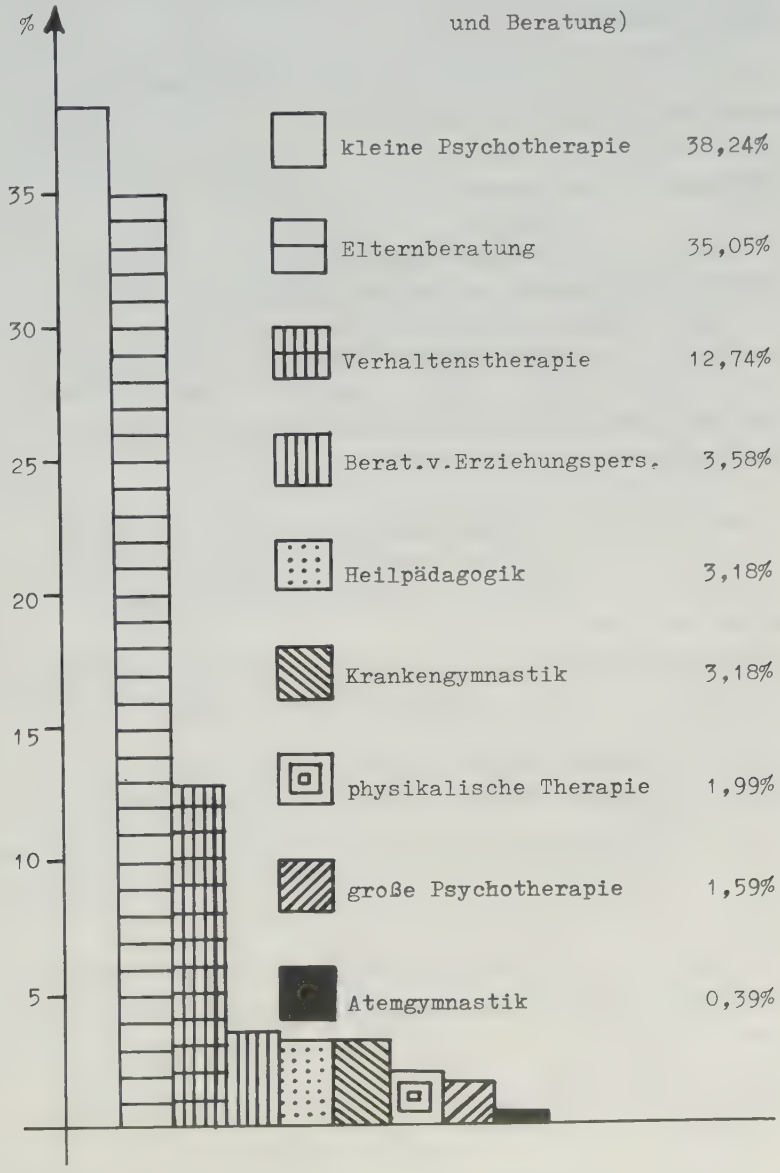
Sonst wurden noch folgende Therapien verwendet: Große Psychotherapie, Heilpädagogik, Beratung anderer Erziehungspersonen, Krankengymnastik, Atemgymnastik und physikalische Therapie.

In 88,4 % ist die Psychotherapie und Beratung nur in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Universität Tübingen durchgeführt worden, in 4,6 % wurde sie auswärts durchgeführt. Die Kombinationen von beiden Möglichkeiten betrugen 6,9 %.

Die Prognose war in 56,4 % günstig und in 34,4 % ungünstig. Nach Dührssen liegt die generelle Erfolgsquote vergleichsweise bei 60:40.


%
PSYCHOTHERAPIE UND BERATUNG
40
35
30
25
20
15
10
5
Elternberatung 37,06%
Kombinationen 36,74%
kl.Psychotherapie 12,46%
Ber.v.Erziehungspers. 3,58%
Verhaltenstherapie 2,78%
keine 2,78%
gr.Psychotherapie 2,23%
Heilpädagogik 1,27%
Krankengymnastik 0,95%

AUSWERTUNG VON KOMBINATIONEN (zu Psychotherapie und Beratung)



Zusammenfassung

Bei der Durchsicht von Krankengeschichten über Neurosen entdeckt man eine sich bei fast allen wiederholende Gesetzlichkeit. Darüberhinaus findet man aber auch bei jeder einzelnen eigene und nur zu ihr gehörende Bestandteile.

In dieser Studie kam ich zu folgenden Feststellungen:

Als Einweisungsgrund überwogen deutlich die Verhaltensauffälligkeiten, unter denen wiederum die Kombinationen von Verhaltensauffälligkeiten, die Kontaktstörungen und die Enuresis.
Unter sexuellen Störungen führte die Onanie.
Innerhalb der beteiligten Schultypen führte die Normalschule. Die Schulprobleme waren zweithäufigster Einweisungsgrund. Am häufigsten kamen sie im Alter von 14 Jahren vor, mehr bei Jungen.
Kopfschmerzen stellten den dritthäufigsten Einweisungsgrund dar, sie hatten ihr Maximum im 15. Lebensjahr und fanden sich häufiger bei Mädchen.
Lähmungs- und Bewegungsstörungen waren der vierthäufigste Grund für eine Einweisung; Maximum im 14. Lebensjahr, öfter bei Mädchen.
Zu Begutachtungen kam es in etwa einem Viertel aller Fälle.

Die Studie wurde im Bereich eines überwiegend evangelischen Gebietes gemacht, daher überwogen die evangelischen Patienten.

Hauptvorstellerinnen waren die Mütter, vor Eltern und Jugendamt.

Die Jungen kamen häufiger zur Neurosenbehandlung als die Mädchen.

Die Mädchen wurden wesentlich früher wegen Neurosen behandelt als die Jungen.
Ein Maximum an Erstvorstellung ergab sich bei den Mädchen mit 15 Jahren, bei den Jungen mit 14 Jahren.
Die Erstvorstellung endete bei den Mädchen mit 19 Jahren, bei den Jungen jedoch erst mit 23 Jahren.
Bei beiden Geschlechtern handelte es sich am häufigsten um auffallende Beziehungsstörungen zu verschiedenen Menschen aus der Umgebung (Kombinationen), dann zu den Eltern, davon häufiger zur Mutter.

Die Jungen hatten es schwieriger mit der Mutter und den Geschwistern, die Mädchen mit dem Vater und der Umwelt.

Bei beiden Geschlechtern handelte es sich im Rahmen von Verhaltensauffälligkeiten am häufigsten um kombinierte Verhaltensstörungen.

Kontaktstörungen kamen bei beiden Geschlechtern an zweiter Stelle der Verhaltensauffälligkeiten.

An dritter Stelle dann die Eßschwierigkeiten bei Mädchen und die Enuresis bei Jungen.
Die Eßschwierigkeiten waren spezifisch nur auf die Mädchen bezogen.
Die Enkopresis kam nur bei Jungen vor.

Das Alter des Behandlungsbeginns erreichte sein Maximum im 14. Lebensjahr.

Die Familienanamnese war in etwas weniger als der Hälfte aller Fälle unauffällig. War sie dies nicht, so handelte es sich häufig um verschiedene körperliche Erkrankungen und Neurosen.
Die untersuchten Kinder und Jugendlichen waren zu zwei Dritteln ehelich.
Hoch vertreten waren noch die unehelichen Kinder geschiedener Eltern und solche mit Heimaufenthalten.

Die betreuenden Personen in den ersten Lebensjahren waren am häufigsten Mutter, Großeltern und Kinderpflegerin.

Im höheren Prozentsatz als bei normalen Kindern wurden pathologische Schwangerschaft, Fehlgeburt, körperliche Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, Untergewicht des Säuglings, Übergewicht, pathologischer Geburtsverlauf, pathologische Säuglingsentwicklung, verzögerte Motorik, verzögerte Sprache, verzögertes Sauberwerden, Akzeleration, Asynchronie und pathologischer neurologischer Befund gefunden.

Die EEG-Befunde waren zur Hälfte pathologisch verändert.

Die Intelligenz war größtenteils durchschnittlich.

Psychopharmaka wurden in etwa einem Fünftel aller Fälle verschrieben, am häufigsten Tranquilizer.

Psychotherapie kam in etwa zwei Dritteln aller Fälle zur Anwendung.

An erster Stell stand die Elternberatung vor kombinierter Psychotherapie und Beratungen und der kleinen Psychotherapie.

In fast allen Fällen wurde die Psychotherapie und Beratung nur in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität durchgeführt.

Die Prognose war in 56,5 % günstig.

Diese Studie ist für mich ein Beweis, daß man vieles bei Neurosen in Zahlen darstellen und aufschlüsseln kann. Die Entdeckung gewisser Gesetzmäßigkeiten bei Neurosen wird mich bei meiner alltäglichen Arbeit und bei der Suche nach weiteren Gesetzmäßigkeiten stimulieren. Dadurch und nur so weiß man um die Psychotherapie, die man macht, und nur so lassen sich Spekulationen und das Einbringen eigener psychischer Projektionen vermeiden. Unter den Begriff Neurosen, einen Sammeltopf, wie eingangs erwähnt, fallen meines Erachtens und nach der Erfahrung vieler Forscher zwei Diagnosen: Erstens die echte Neurose, d. h. eine Ich-Beziehungsstörung, und zweitens die Symptome aufgrund einer organischen Hirnschädigung. Diese beiden sollte man strikt unterscheiden. Auch bei Erwachsenen darf das nicht vergessen werden. So ist z. B. ein Tick, der allgemein und auch in der Psychologie als Zeichen einer Neurose gilt meines Erachtens eher ein Symptom einer organischen zerebralen Dysfunktion. So ein Tick kann aber eine sekundäre Neurotisierung des Menschen zur Folge haben, was mit einer primären, echten Neurose wenig zu tun hat. Eine echte Neurose hat mit einer Regression des Ichs zu tun, sie ist eigentlich eine Regression, bzw. deren Symptomatik. Auch die Behandlung von primärer und sekundärer Neurose ist unterschiedlich. Während die Therapie der ersteren vorwiegend oder sogar nur aufdeckend ist, symptomauflösend, so ist sie bei der sekundären Neurotisierung eher zudeckend, da die Symptome einer Hirnschädigung im großen ganzen sowieso nicht zu beseitigen sind. Liegt in dem organischen Hintergrund mancher Neurosen auch der Mißerfolg mancher unserer Therapien begründet?

Literaturverzeichnis

Dührssen, A.:	Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Harbauer. Lempp. Nissen. Strunk.:	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Lempp, R.:	Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose
Schepank, H.:	Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen

LEBENSLAUF

Am 2. Februar 1943 wurde ich, Jože Magdič, als Ältester von drei Kindern in Lipa, Slowenien, Jugoslawien geboren. Mein Vater ist Landwirt, meine Mutter war Hausfrau. Nach der Grundschule besuchte ich das Gymnasium und machte 1961 das Abitur. Am 30.6.1967 schloß ich mein Medizinstudium mit dem Staatsexamen ab. 1971 erlangte ich in meiner Heimat die Facharztanerkennung für Neurologie und Psychiatrie. Von 1972 bis Ende 1975 studierte ich am Carl Gustav Jung Institut in Zürich analytische Psychologie und schloß das Studium mit der Erteilung der Urkunde ab.

Seit Dezember 1975 lebe ich mit meiner Familie in der Bundesrepublik Deutschland und bin in der Landesklinik Nordschwarzwald Calw-Hirsau tätig.

Im April 1974 heiratete ich meine Landsmännin Maria, geb. Holcman, eine Krankenschwester. Wir haben zwei Kinder, David und Barbara.